

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Fístulas y quistes congénitos del cuello en la infancia

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Juan Garrido-Lestache Cabrera

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL

TITULO

**FISTULAS Y QUISTES CONGENITOS
DEL CUELLO
EN LA INFANCIA**

AUTOR

JUAN GARRIDO-LESTACHE CABRERA

PLAN GENERAL

=====

Introduccion 1
=====

Material y Metodos 6
=====

Casistica 9
=====

Embriologia 86
=====

Clinica 115
=====

Anatomia Patologica 169
=====

Diagnostico Diferencial 200
=====

Tumoracion de cuello y Tiroides 213
=====

Tratamiento 217
=====

Conclusiones Finales 285
=====

Bibliografia 301
=====

Indice 308
=====

I N T R O D U C C I O N

Un capítulo muy interesante de la patología quirúrgica infantil es el que se refiere a aquellas malformaciones del cuello ocasionadas por la alteración de los procesos evolutivos normales durante el desarrollo embrionario y que van a dar lugar a quistes o a fistulas. Con el título de quistes y fistulas de la región cervical en la infancia de carácter congénito efectuamos este trabajo.

Pero antes de entrar en el estudio de estas materias un elemental deber nos indica hacer constar aquí nuestro agradecimiento al Profesor Laguna Serrano, nuestro maestro hace ya muchos años en ese campo tan atrayente y sugestivo de la Patología Infantil, que en todo momento no nos ha dado más que facilidades para la ejecución de este estudio, desde su acertado consejo en la elección del tema entre los varios propuestos, hasta su ayuda en los momentos finales. Igualmente mi más sincero agradecimiento al Dr. Don Pedro Herrera Andujar, con el que he tenido ocasión de cambiar impresiones repetidas veces sobre la marcha de mi trabajo siéndome sus consejos de gran utilidad. Dada la diversidad de aspectos que se tocan en este estudio me ha sido también forzoso contar con la colaboración y consejo de otros muchos compañeros a todos los cuales quiero mostrarles públicamente mi gratitud especialmente al Dr. Don Félix Contreras Rubio que ha efectuado la mayor parte de los estudios anatómo-patológicos de las piezas.

Nuestra agrupacion de los quistes y fistulas congenitas de la region cervical en la infancia se basa en el hecho de que en todos ellos concurren en parte o totalmente una serie de caracteres que les son comunes.

Veamos:

- Todos ellos constituyen anomalias del desarrollo de la region cervical, aunque de estructuras de diferente localizacion.
- A pesar de su caracter congenito, pueden pasar desapercibidos durante el periodo neo-natal y aún la lactancia.
- No tienen caracter maligno bajo el punto de vista histologico.
- Su crecimiento puede producir grandes desfiguraciones de la region.
- Su crecimiento en profundidad puede afectar seriamente por fenomenos de compresion a las importantes estructuras vitales de la region cervical dando lugar a cuadros muy graves particularmente en el periodo neo-natal
- Practicamente en todos los casos tarde o temprano sobreviene la infeccion, que a su vez puede provocar cuadros agudos que dificultan o complican la exeresis quirurgica.
- La extirpacion quirurgica es el tratamiento de eleccion que debe ser inmediato al diagnostico
- Existe un cierto peligro de recidiva, por lo que la tecnica quirurgica debe ser muy cuidadosa y tendrá por objeto la exeresis total.

Estas fistulas y quistes congenitos cervicales que conjuntamente vamos a estudiar podemos dividirlos en la siguiente

forma:

1º

Localizados en línea media cervical anterior

Quistes dermoides y epidermoides (Grupo I)

Quistes y Fistulas tiroglosos (Grupo II)

2º

Localizados en regiones laterales y posterior

Quistes y Fistulas branquiales (Grupo III)

Higromas o Linfangiomas quísticos (Grupo IV)

Quistes Dermoides y Epidermoides. (Grupo I)

=====

Son debidos a trastornos del desarrollo, siendo el resultado de la inclusion o secuestacion de elementos ectodermicos a nivel de las líneas embrionarias normales de fusion.

Su denominacion de dermoides o epidermoides se basa en los hallazgos histologicos de su pared. Son mucho menos frecuentes que los tiroglosos, y se localizan a lo largo de la línea media anterior del cuello desde el menton a la fosa supraesternal.

Quistes y Fistulas tiroglosos. (Grupo II)

=====

Son anomalias congenitas localizadas en la línea media cervical anterior, desarrolladas sobre vestigios del conducto tirogloso. Se manifiestan ya como fistula o como quiste o asociacion de ambas lesiones, pero como veremos mas adelante la existencia de fistula primitiva aislada parece muy poco probable. Son los quistes o fistulas congenitos mas frecuentes del cuello.

Quistes y Fistulas branquiales. (Grupo III)

=====

Reciben esta denominacion formaciones quísticas o fistulosas situadas en la regiones laterales del cuello a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo. Conceptualmente debemos considerarlas como autenticas malformaciones en relacion directa con el aparato branquial.

Estan originadas en un defecto de fusion de este aparato. Son al parecer menos frecuentes que los trastornos del conducto tirogloso, aunque de una relativa frecuencia en la infancia. Pueden presentarse como quiste o fistula aislados o coexistir ambas lesiones.

Linfangiomias o Higromas quisticos. (Grupo IV)

=====

El linfangioma quistico del cuello, llamado tambien higroma es una tumoracion blando-elastica a menudo muy voluminosa. La denominacion de FEVRE de malformacion tumoral de caracter congenito, nos parece muy justificada.

"Hemos de considerar muy acertado denominar a esta tumoracion higroma quístico" dice SWENSON, ya que higroma es una palabra derivada del griego que significa "acuoso", es decir "lleno de agua". Por su parte RAVITCHS acepta tambien el origen griego de la palabra que traduce directamente como una variedad de "tumor acuoso". El Dorland's Medical Dictionary define el higroma como "un quiste, bolsa o saco distendido por fluido". Entonces si el higroma tiene esta definicion el termino higroma quistico es redundante, pero ya este termino tiene una gran difusion definiendo con él un tumor especifico del sistema linfatico que ocurre predominantemente en la region cervical de los niños pequeños. Bajo el punto de vista

histológico la palabra linfangioma quístico es mas correcta. Nosotros en nuestra exposicion utilizaremos ambos terminos indistintamente.

Esta lesion ha sido descrita hace mas de cien años. Parece que la primera publicacion corresponde a REDENBACKER en 1.928, viendo ya entonces que se localizaba preferentemente en el cuello. ADOLPH WERNHER de GEISSEN en su monografia publicada en 1.843 informaba sobre el aspecto macroscopico de la lesion, indicando tambien su localizacion comun en cuello, así como ocasionalmente en otras zonas y su diferenciacion con los quistes branquiales. Todavía no se sabia con exactitud su origen. Se habló de factores mecanicos o "transpasado de la madre" y se le dió definitivamente el nombre de higroma quístico que había sido sugerido un año antes por VON AMMON.

Aunque ya se había sospechado el origen linfatico, no fué hasta el comienzo de este siglo cuándo SABIN estudió la causa de esta malformacion durante sus amplisimas investigaciones en detalle sobre la embriologia del sistema linfatico, quedando entonces firmemente establecido el origen linfatico del tumor. GOETSCH (1.938) publicó su estudio clinico, llegando a la conclusion de que el higroma quístico es un tumor infiltrante y debería ser clasificado como maligno, si bien este concepto no es compartido por los anatomo-patologos que lo consideran como una lesion benigna.

MATERIAL Y METODOS

=====

Nuestro trabajo se basa en un material clínico constituido por cincuenta y cinco casos personales recogidos de un total de 6.500 historias clínicas de niños comprendidos en edad de cero a catorce años, durante un periodo de quince años en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital del Niño Jesús de Madrid. En todos ellos coincidieron signos clínicos suficientemente valorables para llegar a un diagnóstico previo de fistula y/o quiste de carácter congénito de la región cervical. El caso de mayor edad tenía doce años y los mas jóvenes estaban dentro del periodo neo-natal.

El establecimiento del diagnóstico se basó en un principio en los datos recogidos en la anamnesis y en la exploración clínica, estableciendo un diagnóstico previo. En la recogida de estos datos hemos efectuado un esbozo de normalización o codificación ordenándolos todos ellos en la siguiente forma;

- 1º Momento de aparición (tumoración o fistula)
- 2º Localización. Línea media (base lengua-suprahioidea-prehioidea-infrahioidea-supraesternal). Lateral (izquierda-derecha-bilateral). Triángulo anterior (superior-media-inferior). Triángulo posterior (supraclavicular-superior). Nuca. Prolongaciones (torax-hombro-axila-parotídea-mastoides-nuca-omoplato) No cervicales.
- 3º Tamaño (cabeza niño-naranja-mandarina-huevo-nuez-avellana-variaciones) constantes o no -reductibilidad).

- 4º Forma (ovoidea-alargada-gibosa-unilocular-multilocular)
- 5º Consistencia (solida-fluctuante-espongosa-temblante)
- 6º Movilidad (irremovible-desplazable a palpacion-id. a deglucion-id. a respiracion- id. a flexion)
- 7º Movimientos cervicales (libres-limitados)
- 8º Piel (normal deslizable-adherida-rojo-azulada)
- 9º Transiluminacion (positiva-negativa-dudosa-parcial)
- 10º Compresion (disfagia-respiratoria-circulatoria)
- 11º Signos reflejos (tos quintosa-nauseas-vomitos-taquicardia)
- 12º Faringe (explor. normal-alteraciones inflamatorias-sabor de boca)
- 13º Infeccion (dolor-local-regional-sint. generales)
- 14º Fistula (preinfeccion-post-infeccion-orificio-trayecto-exudado)

Estos diagnosticos previos quedaron a su vez definitivamente establecidos una vez que pudieron ser tomados en consideracion los hallazgos operatorios y los informes anatomo-patologicos. Los hallazgos operatorios mas importantes en cuanto a los quistes o fistulas de linea media anterior fueron fundamentalmente la comprobacion de sus relaciones con el hiodes como dato confirmatorio de las anomalias tiroglosas. En los casos de fistulas o quistes laterales, su trayecto o localizacion tipica en las malformaciones del grupo III (branquiales) proporcionan un dato muy significativo, así como la anatomia macroscopica tan peculiar de los quistes del grupo IV (linfangiomas)

Indubablemente los informes anatomo-patologicos establecen el diagnostico definitivo, pero no en todos nuestros cincuenta y cinco casos pudimos contar con tal ayuda. Como puede verse en los respectivos resúmenes de las historias clinicas que a continuacion transcribimos poseemos informes de esta

clase solo en treinta y nueve casos , faltandonos en dieciséis. Esto representa un setenta y tres por ciento de informes anatomo-patologicos. Nos será pues forzoso analizar los casos en que carecimos de este informe y razonar en ausencia de él como llegamos al diagnóstico.

En los casos de los grupos III (malformaciones branquiales) y IV (linfangiomas) en que carecimos de informe histopatológico, los hallazgos clínicos y operatorios fueron tan típicos y evidentes que el diagnóstico pudo ser establecido sin dejar lugar a dudas. Los casos del grupo I (dermoides y epidermoides) todos fueron diagnosticados basandonos en el informe anatomo-patológico, como no puede ser de otro modo. Nuestro principal problema fué con las observaciones del grupo II (anomalías tiroglosas) en las que no pudimos disponer del informe anatomo-patológico, y que fueron en total ocho casos. En cinco de ellos los datos clínicos y sobre todo los hallazgos operatorios fueron tan característicos sobre todo estos últimos en cuanto a lo referente a sus relaciones híodeas, que nos parece que el diagnóstico está acertadamente establecido basado en datos perfectamente valorables. En otros tres casos (obs. 4,5,8,) los hallazgos operatorios no fueron tan típicos, y pensamos si en alguno de ellos el informe del patólogo no nos lo hubiera incluido en la cuenta del grupo I (dermoides y epidermoides), sin embargo sin otros datos para juzgarlos y basados en su clínica los hemos incluido definitivamente en el grupo II (tiroglosos)

Pero no siempre el diagnóstico anatomopatológico nos ha sacado de dudas. Las alteraciones infectivas propias del curso clínico que ampliamente serán tratadas pueden

producir tales alteraciones en las estructuras que estas sean identificables para el patólogo. Por ejemplo en dos de nuestros casos (nº 29 y 32) nos quedó por aclarar la duda de si se trataba de tiroglosos o pidermoides, y no nos hemos atrevido a contabilizarlos definitivamente en ningún grupo. Las mismas dudas se plantearon en los casos 19 y 27, pero con una clínica mucho mas clara los incluimos en el grupo II (anomalías tiroglosas). En cuanto a la obsv. nº 18 con un diagnóstico previo de quiste tirogloso, tanto los hallazgos operatorios como el informe anatomo-patológico coincidieron se trataba de un ganglio linfático.

Casística.-

Hº Cº Nº 1
R.C.D
Sexo varon
Edad 5 años
10.12.68

A la edad de cuatro años aparece una tumoración línea media anterior del cuello a la altura del hioides. Tamaño de un huevo de gallina. Forma ovoidea. Consistencia sólida, no se moviliza a la palpación, pero se mueve siguiendo los movimientos de deglución. Está cubierta por una piel de coloración normal, perfectamente deslizable. La transluminación es negativa. No hay fenómenos de compresión ni signos reflejos. La faringe es normal y en ningún caso existió mal sabor de boca.

Hace seis meses se presentan fenómenos de infección local con dolor y supuración espontánea, lo que da lugar a la existencia de una fístula que se mantiene desde entonces, pudiendo apreciarse un orificio cutáneo redondeado cubierto por una pequeña costra. Se logra cateterizar un trayecto ha-

cia arriba de unos 3 m.m. El intento de palpacion del trayecto fistuloso es negativo, pero produce la expulsion de unas gotas de un exudado ligeramente amarillento.

Intervencion quirurgica. 9.4.69

Incision transversal sobre region anterior del cuello, por encima del diametro medio de la tumoracion y enmarcando el orificio fistuloso. Aislamiento y diseccion del trayecto fistuloso en unos 5-6 m.m. que conduce a una formacion quistica que se extirpa en su totalidad y cuya parte posterior está en relacion con el hiodes. Reseccion de la zona media del hiodes. No se encuentra trayecto fistuloso supra-hiideo. pero se verifica extirpacion de un cono pequeño de fibras musculares en línea media con vertice en el foramen cecum. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico

La piel no muestra alteraciones salvo que es recorrida en todo su espesor por un conducto que llega a desembocar en la superficie epidermica. Este conducto tiene un calibre variable y se reviste en parte por epitelio plano de tipo epidermoideo y en parte por epitelio cilindrico. El conducto contiene materias serosas. En profundidad sobrepasa el tejido adiposo y alcanza el musculo estriado. Diagnostico: Conducto epitelial de revestimiento cilindrico o epidermoideo que se extiende desde el tejido muscular estriado hasta la superficie cutanea. Muy sugestivo de conducto tirogloso.

Juicio Clinico Definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tiro-gloso con fistula secundaria

Diagnostico Operatorio, el mismo

Diagnostico Anatomo-Patologico, Conducto tiro-gloso persistente

Hº Cº Nº 2
B.D.M.R.
Sexo hembra
Edad 5 años
12.12.69

Desde hace ocho meses aparicion de una tumoracion localizada en línea media cervical anterior a la altura del hiodes. Tamaño de una nuez, forma redondeada, consistencia solida, que sigue los movimientos de deglucion y permite los movimientos cervicales normales. La piel que la recubre es normal. No existió nunca mal sabor de boca. No hubo fenomenos de compresion ni signos reflejos.

A los pocos dias de notar la tumoracion sobreviene un proceso infectivo con aumento de tamaño, dolor local y ligero enrojecimiento de la piel con dificultad a los movimientos cervicales. Se efectua drenaje espontaneo quedando una fistula situada tambien en línea media cervical, algo mas baja que la tumoracion y remitiendo los sintomas agudos. En el momento actual persiste la tumoracion, aunque de tamaño mas reducido, con su trayecto fistuloso por las que hay descargas intermitentes de un exudado seroso.

Intervencion Quirurgica. 8.1.70

Incision transversal sobre region anterior del cuello que enmarca el orificio fistuloso. Diseccion en unos 3 m.m. de un trayecto fistuloso que se agranda en una dilatacion esferica cuya parte posterior está en intima relacion con el cuerpo del hiodes. Se verifica extirpacion del trayecto fistuloso, zona quistica y zona central del cuerpo de hiodes, encontrando trayecto fistuloso en region suprahioidea hasta el foramen cecum siendo extirpado y ligado

Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes

Informe Anatomo-Patologico

La epidermis se interrumpe a nivel de la lesion existiendo un tejido de granulacion con abundantes vasos, intensas infiltraciones linfoplasmocitarias con escasos polimorfonucleares. Este tejido exclusivamente en la porcion central del fragmento, alcanza a la hipodermis y en su seno es posible reconocer hendiduras a modo de trayectos fistulosos y vestigios de epitelio plano de revestimiento.

Tejido fibro-muscular y adiposo que en su centro contiene un conducto ligeramente flexuoso en su trayecto, revestido en zonas por un epitelio cilindrico pseudo estratificado ciliado. Diagnostico anatomo-patologico; Conducto tirogloso persistente fistulizado.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tirogloso con fistula secundaria.

Diagnostico Operatorio, el mismo

Diagnostico Anatomo-Patologico, Conducto Tiro-gloso persistente

H^o C^o N^o 3
M.C.P.
Sexo varon
Edad 6 años
5.10.68

Aparicion de una tumoracion hace cinco meses, localizada en linea media cervical anterior region supra-hiodes, del tamaño de una nuez, de forma redondeada, consistencia solida, desplazable con los movimientos de deglucion y que no dificulta los movimientos cervicales normales. La piel que la recubre era normal. No hubo sintomas de compresion ni signos

reflejos . Hace tres meses infeccion aguda de la tumoracion sin afectacion general y con drenaje espontaneo, quedando desde entonces una fistula con orificio puntiforme, palpandose parte de su trayecto que está dirigido hacia arriba, y que efectua temporalmente descargas de un exudado blanquecino. A partir del momento de la aparicion de la fistula la tumoracion se reduce de tamaño hasta llegar al de una avellana. Intervencion Quirurgica. 17.10.68

Incision transversal sobre cara anterior del cuello que en su zona media enmarca el orificio fistuloso. Extirpacion del trayecto fistuloso y de un quiste que aunque aparentemente era suprahiodeo sin embargo su parte postero-inferior estaba unida al hiodes. Se extirpa tambien el quiste y la zona medio central del hiodes. Igualmente se sigue un trayecto fistuloso supra-hiodeo hasta el foramene cecum siendo extirpado y ligado a este nivel. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico

La formacion quistica solo conserva algun vestigio de epitelio plano poliestratificado de tipo mucoso y en el resto del revestimiento se lleva a cabo por una lamina parcialmente necrotica en la que se reconocen macrofagos. Diagnostico; Quiste tiro-gloso.

Jucio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tirogloso con fistula secundaria

Diagnostico Operatorio, el mismo

Diagnostico Anatomo-Patologico, Quiste tirogloso

H# C# N# 4
J.G.A
Sexo varon
Edad 10 dias
2.8.72

Aparicion de una tumoracion a las 48 horas del nacimiento, localizada en el triangulo posterior del cuello lado derecho, emitiendo una prolongacion hacia la region de la nuca. Tiene el tamaño de una naranja grande con forma gibosa multilocular, consistencia esponjosa temblante, es ligeramente desplazable en superficie pero no en profundidad e impide ligeramente los movimientos cervicales. Está recubierta de piel normal en parte a ella adherida. La transluminacion es parcialmente positiva. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. No hay signos de infeccion.

Intervencion Quirurgica. 4.8.72

Incision transversal sobre lado derecho del cuello que enmarca a nivel de la cupula de la tumoracion un sector de piel que estaba adherida. Se efectuó diseccion y extirpacion total de la tumoracion que estaba en relacion en profundidad con columna vertebral y el paquete vasculo-nervioso del cuello. Fueron disecados y separados de la tumoracion, los nervios hipogloso y glossofaringeo y la rama inferior del facial.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomico-Patologico.

La pared del quiste está revestida por un epitelio plano de caracter endotelial. Por debajo de cual se observa un tejido conectivo laxo con algunas fibras musculares estriadas y pequeños islotes de tejido adiposo.

En ocasiones existen acumulaciones de linfocitos. Diagnostico, linfangioma quistico.

Juicio Clinico definitivo

Diagnostico Clinico, linfangioma

Diagnostico Operatorio, linfangioma

Diagnostico Anatomo-Patologico, linfangioma quistico

H^o C^o N^o 5

A.K.C.

Sexo hembra

Edad 1 mes - 27.4.73

Presenta desde el nacimiento una fistula situada en el triangulo anterior del cuello lado izquierdo, borde anterior del esternocleidomastoideo, tercio inferior. Hay una ligera infeccion local con pequenas descargas por el orificio fistuloso de un exudado blanco-amarillento cuyo cultivo es negativo. Habia sido tratada anteriormente con antibioticos. No se palpa tumoracion alguna. Resto de la exploracion normal. Intervencion Quirurgica. 4.5.73

Se efectua tecnica de BROCA con dos incisiones laterales transversales, la mas inferior enmarca el orificio de la fistula y a partir de ella se disecciona un trayecto fistuloso que va desde el borde anterior del esternocleidomastoideo izquierdo hasta la pared lateral de la faringe, efectuando exteriorizacion de la fistula a mitad de trayecto por la incision superior, y siguiendola hasta la terminacion indicada pasando por la bifurcacion de la carotida primitiva y yugular interna. Se efectua extirpacion total del trayecto fistuloso, efectuando la ligadura superior a nivel de la pared lateral de la faringe. Cierre de ambas incisiones

por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico

Se reconoce tejido muscular estriado, adiposo y conjuntivo. En la parte central formacion ductal o microquistica revestida por epitelio cilindrico estratificado, alguna de cuyas celulas son caliciformes. En algun punto el epitelio muestra transformacion epidermoidea incompleta. Diagnostico: Trayecto fistuloso cuya estructura sugiere una naturaleza vestigiaria branquial.

Jucio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Fistula branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula branquial

H# C# N# 6
M.O.A.
Sexo hembra
Edad 3 meses
2.2.73

Presenta desde el nacimiento una fistula situada en el triangulo anterior del cuello lado derecho, borde anterior del esternocleidomastoideo, tercio medio por la que expulsa un exudado blanco-amarillento en forma intermitente comprobandose esta descarga a la manobra de expresion-palpacion manual. Un poco mas arriba del orificio fistuloso se palpa una tumoracion del tamaño de una nuez, forma redondeada, consistencia solida, no desplazable a la palpacion, ni a los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal y deslizabla. La transiluminacion es negativa. No hay sintomas de compresion

ni signos reflejos. No hay dolor ni síntomas infectivos excepto las desgargas por fistula ya indicadas.

Intervencion Quirurgica. 7.2.73

Utilizando la tecnica de BROCA se inicia diseccion y extirpacion del trayecto fistuloso a traves de la incision inferior. A traves de la incision superior es extirpizada la fistula y extirpado el quiste situada a la altura del triangulo de FARABEUF. No se encuentran vestigios de trayecto fistuloso hasta la pared faringea. Cierre por planos.

Informe Anatomo-Patologico.

La formacion quistica está revestida por un epitelio que solo en minima parte es plano poli-estratificado mientras que en su mayor parte es cilindrico pseudoestratificado ciliado con celulas caliciformes como corresponde a epitelio respiratorio. Bajo este epitelio existe un tejido conjuntivo laxo en el que sobre todo en zonas es abundante el tejido linfoide, incluso constituyendo folículos con centros claro-oscuros. Esta organizacion linfo-epitelial es muy propia de las hendiduras branquiales. Mas perifericamente se reconoce tejido conjuntivo mas fibroso y tejido adiposo sin alteraciones revelantes. Diagnostico, quiste branquial.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Fistula y Quiste branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula y Quiste branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula y Quiste branquial

Hº Cº Nº 7
M.C.P.P.
Sexo hembra
Edad 11 años
10.6.71

Desde hace dos meses existencia de una tumoracion localizada en el triangulo anterior del cuello lado derecho, por dentro del borde anterior del esternocleidomastoideo a la altura de su tercio superior. Tiene el tamaño de un huevo de gallina, forma ovoidea, consistencia solida. No se desplaza a la palpacion. Los movimientos cervicales son normales. La piel que la recubre es normal u no está a ella adherida. La transiluminacion es negativa. No existen signos de compresion ni sintomas reflejos. No existe fistula ni hubo infeccion local. Apareció inmediatamente despues de sufrir un proceso amigdalario que fué tratado con antibioticos.

Intervencion Quirurgica. 16.6.71

Incision transversal sobre lado derecho del cuello en la zona indicada. Extirpacion de una tumoracion de las dimensiones y características descritas en la que se produjo una pequeña perforacion con salida de un liquido blanquecino. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomico-Patologico

La cara interna de la pared quística está revestida por un epitelio que en parte es plano poliestratificado, pero que en parte es morfológicamente intermedio respecto a un epitelio cilíndrico pseudo-estratificado. Los límites entre epitelio y conjuntivo subyacente son nítidos. En este existen múltiples formaciones linfoides consistentes en nódulos y folículos con amplios centros claros. No existen

infiltraciones inflamatorias, ni se reconocen otros tejidos en la pared de la formacion quistica. Diagnostico , quiste branquial.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste branquial

Diagnostico operatorio, Quiste branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Quiste branquial.

H^o C^o N^o 8
Sexo femenino
Edad 2 años
6.8.70

Aparicion de una tumoracion hace diez días.

Está localizada en region lateral derecha del cuello, triangulo anterior, por dentro del esterno-cleidomastoideo a la altura de su tercio inferior. Tamaño de un huevo de gallina pequeño, forma ovoidea, consistencia solida. No se desplaza a la palpacion manual, ni a los movimientos de deglucion. Movimientos cervicales normales. La piel que la recubre es normal. Transiluminacion imposible de practicar por la profundidas de su localizacion. No produce fenomenos de compresion, ni signos reflejos. La exploracion faringea es normal.No hay dolor ni inflamacion.

Intervencion Quirurgica. 19.8.70

Incision transversal sobre lado derecho cervical tercio inferior. Aislamiento y diseccion de una tumoracion del tamaño de un huevo de gallina, situada muy cerca de la traquea por fuera de la cara derecha y por dentro de la carotida primitiva del mismo lado. Desviacion de la traquea hacia el lado izquierdo. La tumoracion es extirpada intacta. Cierre por planos.

Post-Operatorio con presentta a las 24 horas de la interven-

ción de un enfisema sub-cutáneo de mediana intensidad, sin que se pueda reconocer la causa. Durante algunos días alimentación con sonda esofágica. Desaparición progresiva del enfisema. Curación definitiva.

Juicio Clínico definitivo

Diagnóstico Clínico, Quiste branquial

Diagnóstico operatorio, Quiste branquial

Diagnóstico Anatómo-Patológico, no existente

H. C. N. 9

A.N.G.

Sexo varón

Edad 6 años

29.11.60

Aparición de una tumoración a la edad de dos años. Actualmente está localizada en línea media cervical anterior, situación infrahiodea, tamaño una nuez grande, forma ovoidea, consistencia semisólida, inmóvil, adherida a los planos profundos. Sigue los movimientos de deglución y no impide los cervicales. La piel que la recubre es normal. Transiluminación negativa. No hay fenómenos de compresión ni signos reflejos. Exploración faríngea normal. No hay dolor ni existió infección.

Intervención Quirúrgica. 2.12.60

Incisión transversal sobre la cúspide de la tumoración. Aislamiento y disección de una tumoración de las características descritas, en situación infrahiodea, cuya parte supero-posterior está en relación con el hiodes por medio de una gran adherencia que se secciona. No hay trayecto fistuloso. No se efectúa resección del hio-

des. Reconstrucción por planos

Post-operatorio sin incidentes

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Quiste tirogloso

Diagnostico Operatorio, posibilidad de quiste tirogloso

Diagnostico Anatómo-Pathológico, no existente

H^o C^o N^o 10
M.P.F.
Sexo varon
Edad 6 años
21.4.60

A la edad de dos años aparición de una tumoración en línea media cervical anterior a nivel aproximado del hioides, del tamaño de una nuez. Existió dolor de garganta como si tuviera amigdalitis. Dicen fué diagnosticada de parotiditis [¿?] y tratada con antibioticos, disminuyendo la tumoración al tamaño de una avellana pero sin desaparecer del todo. Fué entonces diagnosticada de quiste sebaceo. Un año mas tarde existió un epidofio análogo dando lugar a drenaje espontaneo expulsando un liquido blanco viscoso en no mucha cantidad. A partir de entonces queda fistula.

A la exploracion se encuentra un orificio puntiforme que da la impresion de que está cerrado, situado en línea media cervical anterior a uno 8-9 m.m. por debajo del hioides. No hay otra sintomatologia. No se palpa tumoración alguna en cuello, ni tampoco posible trayecto fistuloso hacia arriba. No dolor. Los movimientos cervicales son normales.

Intervencion Quirurgica. 4.5.60

Incision transversal sobre ca-

ra anterior de cuello enmarcando el orificio fistuloso. Disección y aislamiento de una fistula que llega hasta cara anterior del hioides. Resección del trayecto fistuloso con excisión de la zona media central de este hueso. No se encuentran vestigios de trayecto fistuloso suprahiodeo.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Quiste y Fistula del conducto tirogloso

Diagnostico Operatorio, Fistula del conducto tirogloso

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente.

H^o C^o N^o 11
E.C.M.
Sexo varon
Edad 10 años
3.2.61

A la edad de dieciseis meses aparece en línea media cervical anterior una tumoración del tamaño de una nuez. El día anterior a la aparición tuvo mucha fiebre. Pasado este episodio fué diagnosticada de "bocio". Tres o cuatro meses mas tarde aparece un cuadro análogo que se va a repetir varias veces con la misma sintomatología. Existe luego un periodo de cuatro años en que está libre de síntomas. Hace seis meses aparecen en forma intermitente de unos episodios inflamatorio analogos a los descritos, que incluso llegan a dificultar los movimientos cervicales, pero que ceden bien al tratamiento antibiotico.

A la exploración se encuentra una tumoración localizada en línea media cervical anterior situación infrahiodea del tamaño de una almendra, redondeada, de consistencia solida, no desplazable a la palpación, pero que sigue los

movimientos de deglucion. No hay limitacion a los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal. La transiluminacion es negativa. No hay sintomas de compresion ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. No existe fistula, ni dolor ni otros sintomas de inflamacion.

Intervencion Quirurgica. 28.2.61

Incision transversal sobre region anterior del cuello. Aislamiento y diseccion de una tumoracion de las características descritas que da la impresion de estar aislada y sin conexion con el hiodes. Se extirpó la tumoracion. No reseccion hiodea.

Post-Operatorio inmediato sin incidentes.

A los seis meses episodio agudo de inflamacion que da lugar a drenaje espontaneo quedando fistula.

Intervencion Quirurgica.(2ª). 24.9.61

Si sigue tecnica análoga extirpando un trayecto fistuloso de unos 3 mm de longitud, y una formacion quistica del tamaño de un garbanzo. No existe tampoco conexion aparente con el hiodes. No se efectua reseccion hiodea.

A los ocho meses de esta segunda intervencion nueva recidiva con episodio inflamatorio agudo y aparicion de fistula.

Intervencion Quirurgica.(3ª). 23.6.62

Misma tecnica que la vez anterior e igualmente se observa no hay conexion con el hiodes, al menos macroscopicamente. Pero a pesar de ello se efectua reseccion de la zona medio central del hueso.

Post-Operatorio sin incidentes. Curacion definitiva.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula tirogloso

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula tirogloso

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente

Hº Cº Nº 12

F.A.V.

Sexo hembra

Edad 1 año

19.1.62

Existe desde el nacimiento una tumoracion localizada en porcion lateral derecha del cuello por fuera del borde posterior del esternocleidomastoideo. Primitivamente la tumoracion tenia el tamaño de una avellana y consistencia semidura. No aumentaba de tamaño y no era sensible a la presion. Subitamente una noche hay fiebre y dolor (llanto), aumentando la tumoracion de tamaño en el espacio de unas horas cinco o seis veces su tamaño inicial. Le hicieron una puncion sacando solo sangre. Desde ese momento la niña tiene fiebre, vomitos y mal estado general.

A la exploracion se encuentra una tumoracion localizada en region latero-cervical derecha del cuello desde el borde posterior del esterno-cléido mastoideo hasta al triangulo supraclavicular del mismo lado. Tamaño de una naranja, forma redondeada gibosa. Consistencia fluctuantesa relativa tension, ligeramente desplazable hacia los lados y que limita los movimientos cervicales normales. La piel que la recubre aunque de aspecto y coloracion normal está adherida a la tumoracion en la totalidad de sus zonas superficiales. Transiluminacion debidamente positiva. No hay compresion, ni sig-

nos reflejos. Aunque aparentemente no hay infeccion local, existe una afectacion general con fiebre. Exploracion faringea normal.

Intervencion Quirurgica. 22.1.62.

Incision transversal sobre lado derecho del cuello que enmarca en la zona de la cupula de la tumoracion un sector de piel destinado a extirparse. La tumoracion está constituida por lobulos completamente independientes unos de otros, de los mas variados tamaños. La puncion y colapso de unos no afecta a otros. El liquido obtenido es rojo negruzco. La diseccion se hace dificultosa en zonas profundas en que se llega hasta columna vertebral teniendo que reclinar el esternocleido-mastoideo y el paquete vasculo-nervioso del cuello hacia adentro. En la parte baja e interna la tumoracion establecia relacion con la yugular interna de la que es separada con facilidad. En la region supraclavicular existe cierta dificultad a la diseccion por existir dos bolsas que se insinuan por detras de la clavícula hacia abajo. Estas dos bolsas son extirpadas casi en su totalidad. Quedan pequeños restos que son pincelados con tintura de iodo. Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

El estudio histologico de la pared evidencia una constitucion de tunica vascular con notable deformacion de los capilares y vasos propios. En la trama conjuntiva se aprecian focos de infiltracion linfocitaria, circunscritos y difusos. El conjunto del tumor debe considerarse como un linfangioma quistico sin caracteres de malignidad histologica actual.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, linfangioma

Diagnostico Operatorio, linfangioma

Diagnostico Anatomo-Patologico, linfangioma

H^o C^o N^o 13
S.G.G.
Sexo hembra
Edad 8 años
20.2.62

Desde hace seis años existencia de una fistula situada en el triangulo anterior del cuello, borde anterior del esternocleido mastoideo derecho tercio inferior. Con una relativa frecuencia evacuacion por la fistula de pequeñas cantidades de un exudado blanco-incoloro. Nunca existió inflamacion ni dolor ni ninguna otra sintomatologia. A la palpacion se nota parte del trayecto fistuloso en direccion hacia arriba en unos 15 m.m. No se palpa(exploracion normal) quiste alguno.

Intervencion Quirurgica. 22.2.62

Se efectua extirpacion del trayecto fistuloso por la tecnica de BROCA. A traves de la incision transversal inferior que enmarca el orificio fistuloso puntiforme, se inicia aislamiento y diseccion hacia arriba de la fistula en unos 25 m.m. aproximadamente a lo largo del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo. Se exterioriza dicho trayecto por la segunda incision (superior) y se continua la diseccion a traves del triangulo de FARABEUF, hasta la pared lateral de la faringe donde la fistula es ligada y extirpada.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Fistula branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente

H^o C^o N^o 14
M.A.M.L.
Sexo varon
Edad 5 años
30.1.62

A la edad de tres años aparicion de una tumora-
cion localizada en linea media cervical anterior a la altu-
ra del hiodes, tamaño aproximado de una nuez. Hasta ese mo-
mento no habia producido molestias. Episodio de fiebre con
dolor local u aumento de tamaño de la tumoracion, que cede
en parte al ser tratado con antibioticos, pero que al cabo
de siete-ocho dias efectua drenaje espontaneo. La tumoracion
desaparece pero desde entonces queda una fistula, por la que
hay descargas intermitentes de un exudado blanco-amarillen-
to . A la exploracion se encuentra un orificio fistuloso
puntiforme, recubierto de costras en linea media cervical
anterior a unos 12 m.m. por debajo del hiodes. El trayecto
fistuloso se logra cateterizar en unos 6 m.m.

Intervencion Quirurgica. 5.2.62

Incision transversal sobre
cara anterior del cuello que enmarca en su zona central el
orificio fistuloso. Se sigue la direccion del trayecto ha-
cia arriba disecando una fistula que llega hasta cara ante-
rior del hiodes en la zona media del cuerpo de este hueso.
Se extirpa la fistula y la zona mediacentral del hiodes. Se

continua diseccion de trayecto fistuloso suprahioideo hasta el foramen cecum doade es ligado y extirpado.

Post-Operatorio sin incidentes.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula del conducto tirogloso

Diagnostico Operatorio, Fistula del conducto tirogloso

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente

H^o C^o N^o 15
J.R.S.
Sexo varon
Edad, 5 dias
9.5.62

Niño recién nacido que ingresa con caracter urgente, presentando desde el nacimiento una enorme tumoracion quistica, localizada en region anterior del cuello desde el menton hasta el esternon, teniendo el tamaño de una cabeza de niño (impresion de niño con dos cabezas). La forma de la tumoracion es ovoidea alargada y de apariencia multilocular. Está constituida como un a modo de acumulacion de gran numero de masas tumorales redondeadas de diversos tamaños que se notan perfectamente a la palpacion. Su consistencia es esponjosa-temblante. Existen prolongaciones laterales hasta alcanzar ampliamente ambos triangulos posteriores del cuello. Existe igualmente otra prolongacion hacia la base de la lengua. La masa fija en profundidad es sin embargo desplazable en sus zonas mas superficiales. Dificulta casi totalmente los movimientos cervicales. La piel, de coloracion normal está adherida en toda su zona superficial a la tumoracion. La transiluminacion es positiva. Hay fenomenos seriesx compresivos con

Alteracion respiratorio y disfagia. No hay signos de infeccion local.

Intervencion Quirurgica. 9.5.62

Vena canalizada. Incision transversal sobre cara anterior del cuello con prolongaciones laterales. Se encuentra una gran tumoracion quistica constituida por gran acumulo de estas formaciones de muy diferentes tamaños. Su contenido es un liquido mas o menos claro. Las paredes de los quistes unas son muy finas y otras muy gruesas. La masa central en region anterior alcanza hasta el suelo de la boca por arriba y llega hasta esternos por abajo. Es extirpada en su totalidad. En profundidad llegaba hasta traquea a la que comprimia. Las prolongaciones laterales son tan solo extirpadas en parte, pero si abiertas todas sus formaciones quisticas y su pared interna pincelada con tintura de iodo. No se efectua una intervencion mas radical debido al mal estado general del niño. Cierre de pared dejando drenaje.

Post-Operatorio; Fallecimiento a las 48 horas de la intervencion con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda.

Jucio Clinico definitivo, linfangioma quistico

Diagnostico Clinico, linfangioma quistico

Diagnostico Operatorio, linfangioma quistico

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente

Hº Cº Nº 16
M.A.M.
Sexo hembra
Edad 7 años
16.1.63

A la edad de cinco años aparece una tumoracion localizada en linea media cervical anterior a la altura del hio-

des , del tamaño de una nuez pequeña. No le producía ninguna molestia. Ocho meses mas tarde, existencia de un episodio agudo con aumento de tamaño de la tumoración, dolor y demás síntomas de inflamación local. Se produjo drenaje espontáneo con persistencia de fistula desde entonces, por el que expulsa ocasionalmente un exudado blanquecino.

A la exploración se aprecia la existencia de un orificio fistuloso puntiforme al parecer cerrado, situando en línea media cervical anterior, región infra-hiodes. Por ligera presión de arriba abajo expulsión de unas gotas de un exudado blanco-amarillento cuyo cultivo resulta negativo. No se palpa tumoración alguna. Los movimientos cervicales son normales.

Existencia de una cardiopatía diagnosticada como estenosis mitral.

Intervención Quirúrgica. 22.1.63

Incisión transversal sobre cara anterior del cuello en región infrahiodes, que enmarca el orificio fistuloso. Previamente este trayecto fué cateterizado lográndolo solo en unos 12-14 m.m. Se efectúa disección de la fistula hasta el hiodes, donde es extirpada. Existen unas ligeras adherencias como de implantación de la fistula en cara anterior del hiodes. No se efectuó resección del hiodes tan solo raspado de zona medio-central.

Post-Operatorio sin incidentes

Juicio Clínico definitivo:

Diagnóstico Clínico, Quiste y Fistula del conducto tirogloso

Diagnóstico Operatorio, Fistula del conducto tirogloso

Diagnóstico Anatómo-Patológico, no existente

H# C# N# 17
P.L.S.
Sexo hembra
Edad 3 años
21.5.63

Existencia de una tumoracion localizada en linea media cervical anterior region infrahiodea. Tamaño de una nuez, consistencia dura, ligeramente desplazable a la palpacion, que sigue los movimientos de deglucion y no altera los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal. Transiluminacion negativa. No hay sintomas de compresion ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. No hay signos de infeccion aguda.

La propuesta de extirpacion quirurgica fue retrasada por razones familiares y cinco meses mas tarde, se produce un episodio de inflamacion aguda que se resuelve espontaneamente con drenaje, quedando desde entonces una fistula cuyo orificio se aprecia en linea media cervical anterior a unos 15 m.m. por debajo del hiodes.

Intervencion Quirurgica. 18.12.63

Incision transversal sobre region anterior del cuello y que en el centro enmarca el orificio de la fistula. Aislamiento y diseccion del trayecto hasta zona media del hiodes donde es resecada. Reseccion de zona media central del hiodes. Diseccion supra-hiodea sin encontrar vestigios de trayecto fistuloso a esta localizacion. Hay que hacer resaltar que el trayecto fistuloso en la zona prehiodea se dilatava constituyendo una pequena formacion quistica.

Post-operatqrio sin incidentes

Informe Anatomo-Patologico.

Formacion quistica sin revestimien-

to propio en cuya pared existe un granuloma integrado por células linfoides e histiocitarias entre las que se encuentran muy abundantes células gigantes de diversos tamaños, provisto de abundantes núcleos que se sitúan en su centro. La formación quística no presenta revestimiento epitelial. Es de suponer que lo ha perdido dando lugar el contenido del quiste a un granuloma por cuerpo extraño en su pared como suele ocurrir en los quistes epidérmicos. Diagnóstico, quiste epidermoide con granuloma por cuerpo extraño en su pared
Juicio Clínico definitivo;

Diagnóstico Clínico, Quiste y fístula del conducto tirogloso

Diagnóstico Operatorio, Quiste y Fístula del conducto tirogloso

Diagnóstico Anatómo-Patológico, Quiste Epidermoide.

Hº Cº Nº 18
L.R.CH.
Sexo varón
Edad 6 años
15.4.64

Desde la edad de dos años, existencia de una tumoración localizada en línea media cervical anterior región infrahiodea del tamaño de una nuez pequeña, forma redondeada, de consistencia sólida, móvil ligeramente a la palpación, no adherida a los planos profundos. Los movimientos cervicales son normales. La piel que la recubre es normal. Transiluminación negativa. No hay fenómenos de compresión ni signos reflejos. Exploración faríngea normal y aunque en la actualidad no presenta síntomas de infección, en su anamnesis se presenta el hecho de variaciones de tamaño aunque no se precisa si estuvieron acompañadas de síntomas locales o generales de infección.

Intervencion Quirurgica. 25.4.64

Incision transversal sobre cara anterior del cuello siguiendo el diametro transversal de la tumoracion a uno 10 m.m. por debajo del hiodes. Aislamiento y diseccion de una tumoracion pequena, situada en linea media anterior, aunque un poco desplazada hacia la derecha. No tiene conexion ninguna con el hiodes y macroscopicamente corresponde a un ganglio linfatico.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

La pieza remitida corresponde a un ganglio linfatico. La capsula está integra. La estructura ganglionar está bien conservada. Se observa una ligera dilatacion de los senos linfaticos con muy discrta hiperplasia de las celulas reticulares. Los foliculos linfoides son muy numerosos de tamaño moderadamente aumentados y mostrando hiperolasis en sus centros. Diagnostico, hiperplasia reticular relativa (adenitis cronica inespecifica)

Juicio Clinico Definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tiroglosos

Diagnostico Operatorio, Ganglio linfatico

Diagnostico Anatomo-Patologico, Hiperplasia folicular relativa. (Adenitis cronica inespecifica)

H# C# N# 19
E.B.R.
Sexo varon
Edad 12 años
20.4.64

Niño que presenta un orificio fistuloso en region

lateral derecha del cuello, borde anterior del esternocleido-mastoideo, tercio inferior. Hace tres años fué operada de esta fistula en otro Centro, sin que sea posible obtener el informe de esta operacion, Por esta fistula hay descargas intermitentes de una serosidad blanco-amarillente cuyo cultivo es negativo. No se palpa tumoracion alguna. Exploracion normal.

Intervencion Quirurgica. 13.5.64

Incision transversal sobre la region antero-lateral derecha del cuello enmarcando en su centro el orificio de la fistula. El trayecto de forma sorprendente en vez de dirigirse hacia arriba y adentro como corresponderia a una fistula branquial, tiene una direccion hacia linea media cervical y con un trayecto muy corto, unos 15 m.m. se dirige hacia el hiodes, cara anterior. Se efectua diseccion de todo el trayecto y diseccion igualmente de sus adherencias hiodeas, extirpandola. Se efectua raspado de la cara anterior del hiodes. No reseccion.

Post-Operatorio inmediato sin incidentes

Recidiva de su proceso catorce meses mas tarde en que acude con la misma sintomatologia. No puede ser nuevamente intervenida por sobrepasar la edad reglamentaria de nuestro Hospital.

Informe histo-patologico.

Epidermis acantotica con elongacion de los procesos interpapilares. Exoserosis y Exocitosis moderada. Discreta espongirosis. En la pieza remitida se interrumpe dejando una superficie ulcerada que se interpreta como el borde en pared del trayecto fistuloso, que no obstante no es-

tá revestido por epitelio. El dermis aparece transformado en un tejido fibro-escleroso cicatricial. Son muy abundantes los vasos sanguíneos que siguen un trayecto perpendicular a la superficie. En torno a los vasos se encuentran células linfoides y macrófagos. Diagnóstico; tejido de granulación

Juicio Clínico definitivo;

Diagnóstico Clínico, Fístula branquial

Diagnóstico Operatorio, Fístula tiroglosa recidivante

Diagnóstico Anatómo-Patológico, Tejido de granulación

H^o C^o N^o 20
P.J.P.
Sexo varón
Edad 1 mes
28.9.64

A los ocho días de nacer se le nota una tumoración en región sub-maxilar izquierda, del tamaño de una avellana y forma ovoídea, a partir de ese momento la tumoración ha ido aumentando de tamaño. En el momento actual existencia de una tumoración localizada en región cervical antero-lateral izquierda, del tamaño de una mandarina, forma redondeada y multilocular. Su volumen aumenta al esfuerzo y al llanto. La consistencia es elástico-tenblante, no es desplazable, limita los movimientos cervicales normales en parte. Está recubierta por una piel de apariencia normal, salvo en la parte superior que se ve un aumento considerable de vascularización superficial. La piel está adherida. La transiluminación es negativa. Exploración faríngea normal. Existen fenómenos de compresión respiratoria. Tiraje y cianosis al

llanto.

Intervencion Quirurgica. 29.9.64

Incision transversal sobre el lado izquierdo del cuello. Se encuentra un linfangioma quistico constituido por varias bolsas pequeñas y una mas grande con prolongacion endo-toracica retro-esternal llegando aproximadamente hasta la mitad del mango del esternon. Estas bolsas están llenas de un liquido con todos los caracteres organolepticos de la sangre. Su diseccion se hace particularmente dificil por sus intimas relaciones con el paquete vasculo-nervioso del cuello. Se verifica extirpacion total de todas las formaciones salvo aproximadamente la mitad de la bolsa retroesternal, cuya pared es pincelada con tintura de iodo. Reconstruccion por planos dejando drenaje.

Post=Operatorio sin incidentes. Inmediatamente a la terminacion de la intervencion existe una gran mejoria de sus problemas respiratorios. El drenaje es retirado a las 48 horas.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico , linfangioma

Diagnostico Operatorio, linfangioma

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente.

H^o C^o N^o 21
A.M.B.G.
Sexo hembra
Edad 5 años
24.11.64

Hace un año aparicion de una tumoracion locali-

zada en línea media cervical anterior, del tamaño de una almendra. Aumentó subitamente de tamaño con ocasión de un episodio agudo inflamatorio. Drenaje espontáneo que deja una fistula que intermitentemente expulsa un exudado blanco-amarillento. Exploración: Existencia de una tumoración localizada en línea media cervical a la altura del hioides, tamaño de una nuez, forma ovoide, consistencia sólida, inmóvil, fija a los planos profundos y que sigue los movimientos de deglución. Los movimientos cervicales son normales. La piel que la recubre no presenta alteraciones. Transiluminación negativa. No existen fenómenos de compresión ni signos reflejos. No hay proceso inflamatorio agudo actual. A unos 8 m.m. mas abajo de la tumoración, existencia de un orificio fistuloso que aparentemente está cerrado. no siendo posible cateterizar. A la inspección y a la palpación puede comprobarse la existencia del trayecto fistuloso hacia arriba encontrándose en forma de cordón duro.

Intervención Quirúrgica. 14.1.65

Incisión transversal sobre cara anterior del cuello que enmarca el orificio fistuloso. Disección y aislamiento del trayecto hacia arriba en unos 10-12 m.m. donde encontramos una formación quística redondeada del tamaño de una aceituna cuya cara mas profunda está adherida al hioides. Extirpación del trayecto fistuloso y la formación quística y la zona media central del hioides. Se continúa disección hacia arriba hasta el foramen cecum sin encontrar vestigios de trayecto supra-hiideo.

Post-Operatorio sin incidentes

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente

Hº Cº Nº 22

J.R.C.

Sexo varon

Edad 6 años

15.2.65

Existencia desde hace cuatro años de un pequeño orificio fistuloso localizado en el borde anterior del esternocleido mastoideo derecho a la altura de su tercio inferior. En varias ocasiones han existido fenomenos inflamatorios locales con expulsion de un exudado al parecer purulento. En el momento actual no hay fenomenos inflamatorios. A la palpacion cervical no se encuentra tumoracion alguna. El resto de la exploracion es normal.

Intervencion Quirurgica. 11.3.65

Tecnica de BROCA. Incision transversal inferior que enmarca el orificio fistuloso. Diseccion hacia arriba en una extension de unos 20 m.m. del trayecto fistuloso. Desde la segunda incision tranversal (superior) se exterioriza el trayecto fistuloso ya disecado, continuando su aislamiento a traves del triangulo de FARABEUF, hasta la pared lateral de la faringe, donde es extirpado y ligado.

Post-Operatorio sin incidentes

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Fistula branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente

H^o C^o N^o 23
R.M.P.M.
Sexo hembra
Edad 2 años
17.2.65

Existencia desde el nacimiento de una tumoracion redondeada y muy pequeña con localizacion retromastoidea derecha, que le ha ido aumentando de tamaño lentamente. En el momento actual existencia de una tumoracion localizada en region cervical lateral derecha, por detras del esternocleidomastoideo del tamaño de una naranja grande, forme ovoidea, al parecer no multilocular, consistencia fluctuante, bastante desplazable, no impidiendo los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal, pero está adherida. La transiluminacion es positiva. No hay fenomenos de compresion, ni signos reflejos. La exploracion faríngea es normal. No hay inflamacion.

Intervencion Quirurgica. 5.3.65

Incision oblicua de delante a atras sobre el lado derecho del cuello enmarcando una zona central de piel adherida a la tumoracion y que será con ella extirpada. La tumoracion está constituida por diversas bolsas de tamaño mediano llenas de un liquido sanguinolento. Su situacion exacta es por detras del esterno-cleidomastoideo, no existiendo relacion con estructuras importantes. Extirpacion total de la tumoracion. Reconstruccion por planos dejando drenaje.

Post-Operatorio. El drenaje es retirado a las 48 horas. A los cuatro días infeccion en zona de cicatriz con formacion de un pequeño absceso que se drena. Curacion.

Informe Anatomo-Patologico.

La pieza remitida se compone de tejido adiposo y tractos fibrosos. No hay tejido muscular. Existen algunos troncos nerviosos y vasos de mediano calibre. Las cavidades quísticas multiloculadas visibles macroscopicamente aparecen microscopicamente revestidas por un estrato de células aplanadas de aspecto endotelial, bajo el cual hay tejido conjuntivo laxo. En la pared de estas cavidades siempre hay tejido conjuntivo fibromatoso. Diagnostico, Linfangioma quístico del cuello (Hygroma Colli)

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Linfangioma

Diagnostico Operatorio, Linfangioma

Diagnostico Anatomo-Patologico, Linfangioma

H^o C^o N^o 24
M.C.I.
Sexo hembra
Edad 7 años
23.3.65

Desde la edad de un año, presenta un orificio fistuloso localizado a nivel del tercio inferior del borde anterior del esternocleidomastoideo derecho. Desde hace tres años ha sufrido algunos episodios de inflamación local con descargas de un exudado blanco-amarillento, Desde hace dos años este proceso infectivo tiene carácter crónico. La palpación del cuello no logra encontrar tumoración alguna, pero si logra notarse un como a modo de cordón fibroso que asciende desde el punto de desembocadura de la fistula hacia arri-

ba a lo largo del borde anterior del esternocleido mastoideo en unos 25 m.m.

Intervencion Quirurgica. 10.4.65

Tecnica de BROCA. Pequeña incision transversal que enmarca el orificio de la fistula. Aislamiento y diseccion del trayecto fistuloso hacia arriba en unos 20 m.m. Segunda incision transversal (superior). Extereorizacion del trayecto fistuloso ya aislado. Continuacion de la diseccion a traves del area del triangulo de FARABEUF hasta la pared lateral de la faringe donde la fistula es ligada y extirpada.

Post-Operatorio sin incidentes.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Fistula branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente.

Hº Cº Nº 25
A.R.C.
Sexo varon
Edad 4 años
31.7.65

Hace tres meses le notaron una tumoracion localizada en la region lateral derecha del cuello, tamaño de una nuez. En el momento actual encontramos una tumoracion localizada por detras del tercio inferior del esternocleido-mastoideo derecho, tamaño una hues muy grande, forma alargada, consistencia espongosa, ligeramente movilizable, que no sigue los movimientos de deglucion. No permite los movimien-

tos cervicales normales y está cubierta por una piel deslizable normal, la transiluminación es ligeramente positiva. No hay fenómenos de compresión ni signos reflejos. No hay inflamación. No existe fístula.

Intervención Quirúrgica. 14.8.65

Incisión transversal sobre región latero-cervical derecha, tercio medio. Aislamiento y disección de una tumoración constituida por múltiples cavidades llenas de un líquido incoloro, con una prolongación que pasando por detrás de la articulación esterno-clavicular derecha se insinúa en mediastino anterior, Las relaciones de la tumoración con las estructuras de la región son muy superficiales, no teniendo adherencias ni relaciones con el paquete vasculo-nervioso, Se verifica extirpación total incluida la bolsa mediastínica. Reconstrucción por planos sin dejar drenaje.

Post-Operatorio sin incidentes.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnóstico Clínica, Linfangioma

Diagnóstico Operatorio, Linfangioma

Diagnóstico Anatómo-Patológico, no existente

Hª Cª Nº 26
A.M.I.C.
Sexo hembra
Edad, 11 años
14.9.65

Hace seis años le notaron una tumoración localizada en línea media cervical anterior, sin que se puede precisar la altura. Parece ser que tenía el tamaño aproximado de una nuez. Dos meses más tarde se registra un episodio in-

inflamatorio con alteraciones locales que da lugar a un drenaje espontaneo quedando desde entonces una fistula. Hace tres años fué operada en otro Hospital, que no dió resultado. No se nos aporta informe de la intervencion efectuada. En el momento actual existe una fistula localizada en línea media cervical anterior en region infrahiodea a unos 8 m.m. del hiodes, por las informaciones recibidas existen descargas intermitentes de un liquido blanquecino cuyo cultivo es negativo. A la palpacion de la region cervical no se palpa tumoracion alguna. Se palpa bien un cordón fibroso supra-hiodeo en una extension de unos 20 m.m. Intervencion Quirurgica. 23.9.65

Incision transversal subhiodea que enmarca el orificio fistuloso. Aislamiento y diseccion hacia arriba de una fistula que llega a hiodes, y continua en region supra-hiodea hasta el foramen cecum. Extirpacion total del trayecto fistuloso con reseccion de la zona medio central del hiodes.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Tejido conjuntivo fibroso de aspecto cicatricial en el que se distinguen islotes de tejido adiposo y formaciones linforeticulares con algunos cuerpos de HASHAL, por lo que se identifica como vestigios timicos. En este tejido existe un conducto muy dilatado de trayecto muy sinuoso con zonas de aspecto quistico revestido por un epitelio variable, en ocasiones de aspecto pavimentoso y en otras cilindrico mono o multiseriado. Se trata por tanto de un conducto cuya estructura es compatible con restos del conducto tirogloso con un tejido fibro-adi-

poso y vestigios tímicos. Diagnostico, Conducto tirogloso con vestigios tímicos.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Fistula del conducto tiroglos (quiste previo)

Diagnostico Operatorio, Fistula del conducto tirogloso

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula del conducto tirogloso.

Hº Cº Nº 27
M.J.G.S.
Sexo hembra
Edad 7 años
12.4.66

Existencia desde hace cuatro años de una tumoración localizada en línea media cervical anterior a la altura del hueco supra-esternal. Tamaño aproximado el de una nuez pequeña, forma redondeada, consistencia sólida, móvil, no dificulta los movimientos cervicales. La piel que la recubre está ligeramente enrojecida. Transiluminación negativa. No hay fenómenos de compresión ni signos reflejos. Exploración faríngea normal. Existió un proceso inflamatorio local que fue tratado con antibióticos cediendo el proceso.

Intervención Quirúrgica. 2.5.66

Incisión transversal sobre cara anterior del cuello a la altura de la tumoración. Aislamiento y disección de una tumoración del tamaño de una nuez, que se extirpa fácilmente. No existe la más mínima adherencia con las regiones vecinas, ni trayecto fistuloso que la una al hiodes. Cierre por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe anatomo-patologico.

Fragmento de tejido adiposo densamente infiltrado por linfocitos macrofagos y celulas gigantes multinucleadas de tipo "cuerpo extraño", existiendo una intensa neoformacion de capilares sanguineos. No hay restos epiteliales ni estructura tiroidea alguna. Diagnostico, Granuloma por cuerpo extraño. Puede corresponder a un quiste tirogloso ulcerado, infectado y en reabsorcion.

Jucio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tirogloso

Diagnostico Operatorio, Quiste de linea media anterior

Diagnostico Anatomo-Patologico, Puede correspondera un quiste tirogloso.

Hº Cº Nº 28
J.A.L.
Sexo varon
Edad, 7 años
6.2.65

Hace tres años apareció una tumoracion del tamaño de un garbanzo en region anterior del cuello. Padebió un accidente de inflamacion aguda con drenaje espontaneo, quedando una fistula. Ha sido intervenido con anterioridad dos veces en otro Hospital. No tiene informe de las intervenciones anteriores. A la exploracion se encuentra una fistula situada en linea media cervical anterior en situacion infrahiodea. Ultimamente existió supuracion coincidiendo con un proceso agudo de gargante. Resto de la exploracion cervical normal. No se palpa tumoracion, ni cordon

fistuloso.

Intervencion Quirurgica. 16.3.65

Incision transversal sobre cara anterior de cuello que enmarca en su centro el orificio fistuloso. Aislamiento y diseccion de un trayecto que se dirige hacia arriba en linea media hasta alcanzar la cara anterior del hiodes a la cual está intimamente adherido. Extirpacion del trayecto fistuloso y la zona media central del hiodes. Se identifica un trayecto suprahiodeo que alcanza el foramen cecum. Aislamiento y diseccion, ligadura en foramen cecum y extirpacion. Cierre por planos

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula del conducto tirogloso

Diagnostico Operatorio, Fistula del conducto tirogloso

Diagnostico Anatomo-Patologico, no existente.

Hº Cº Nº 29
C.A.R.
Sexo hembra
Edad 1 año
2.4.65

Desde el nacimiento tiene como una "espinita" a region del hueco supraesternal. En la actualidad después de un proceso inflamatorio, existe una tumoracion de esta misma localizacion, tamaño de una nuez pequeña, forma ovoidea, consistencia fluctuante, inmovil, cubierta de piel normal. No hay sintomas de compresion ni signos reflejos. Transiluminacion negativa. Infeccion local. Se efectua drenaje quirurgico saliendo abundante pus. Remision de los sintomas de inflamacion, pero quedando una pequeña fistula por la que se expulsa al presionar una substancia

cremosa blanca.

Intervencion Quirurgica. 20.5.65

Incision transversal sobre region supra-esternal que enmarca el pequeño trayecto fistuloso, el cual es permeable en unos 20 m.m. Aislamiento y diseccion de una fistula que termina en una formacion quistica redondeada. Extirpacion de ambas formaciones. La direccion de la fistula era sorprendentemente hacia abajo, y ni ella ni el quiste tenian la menor relacion con hiodos y apenas adherencias con los tejidos vecinos. Recosntruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Fragmento correspondiente a piel que muestra una epidermis moderadamente acantotica con una discreta elongacion de los procesos papilares e interpapilares. El tejido conjuntivo sub-yacente es fibro-escleroso y aparece infiltrado por celulas linfocitarias plasmaticas e histiocitarias. No hay signo alguno de especificidad.

Diagnostico, tejido cutaneo con inflamacion inespecifica y fibrosis, compatible con trayecto fistuloso.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula del conducto tirogloso
Diagnostico Operatorio, Quiste y fistula region supra-esternal.

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula con inflamacion inespecifica y fibrosis

H^o C^o N^o 30

A.G.A.

Sexo varon

Edad 2 años

25.9.65

Desde hace cuatro meses existencia de una tumoracion localizada en el triangulo supraclavicular derecho, del tamaño de un huevo de gallina. Tenía una forma gibosa multilocular. Le efectyaron un tratamiento con radioterapia reduciendose de tamaño. En el momento actual tiene el tamaño de una cereza, consistencia muy dura y dificilmente movilizable. Los movimientos cervicales son normales. La piel que la recubre es igualmente normal. Transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. No existe fistula. Intervencion Quirurgica. 9,10,65

Incision transversal sobre lado externo de triangulo superior derecho supra-clavicular. Aislamiento y extirpacion de dos nodulos, uno del tamaño de un garbanzo y otro como un quisante. Color negruzco azulado, adherido el primero a parte posterior de clavícula. Reconstruccion por planos.

Post-operatorio sin incidentes.

Informe histo-patologico.

Formacion quistica de paredes anfractuosas que contiene un liquido de aspecto seroso. La pared se compone de tejido fibroso denso, revestido en parte por celulas de aspecto endotelial. En la zona externa de la pared hay otras cavidades de aspecto linfatico. Diagnostico, Formacion quistica de pared fibrosa. Revestimiento endotelial frente a linfangiectasias, Imagen compatible

con linfangioma.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico clinico, Nodulos supraclaviculares. ¿linfangioma residual a radioterapia?

Diagnostico Operatorio, no definido ¿linfangioma residual?

Diagnostico Anatomo-Patologico, linfangioma

Hº Cº Nº 31

A.R.D.

Sexo varon

Edad 8 años

4.2.66

Existencia desde los dos años de una tumoracion situada en línea media cervical anterior. Despues de un episodio de inflamacion aguda se produjo un drenaje espontaneo, quedando una fistula. A la exploracion se aprecia un orificio fistuloso puntiforme localizado en línea media cervical anterior region suprahiodea. Expulsa con frecuencia pequeñas cantidades de un liquido blanquecino. No se palpa tumoracion, ni cordon fibroso. Exploracion buco-faríngea normal.

Intervencion Quirurgica. 28.2.66

Incision transversal sobre cara anterior del cuello, enmarcando el orificio fistuloso. Diseccion hacia arriba hasta el foramen cecum donde la fistula es ligada. Extirpacion. Ninguna relacion hio-dea.

Post-Operatorio sin incidentes

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Quiste y Fistula tiroglosa

Diagnostico operatorio, Fistula tiroglosa

Diagnostico Anatomo-Petologico, no existente

H^o C^o N^o 32

V.M.F.

Sexo varon

Edad 9 años

3.5.66

Existencia desde la edad de dos años, de una tumoracion localizada en linea media cervical anterior en region suprahioidea. Tiene el tamaño de una nuez, forma redondeada y consistencia solida. Sigue los movimientos de deglucion. Los movimientos cervicales son normales. La piel que la recubre es normal y no está adherida. Transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. No es dolorosa ni existe fistula. Han existido inflamaciones agudas recidivantes que fueron tratadas con antibioticos y remitieron.

Intervencion Quirurgica. 6.6.66.

Incision transversal sobre cara anterior de cuello, region suprahioidea. Se encuentra una formacion quistica redondeada que se diseca perfectamente, sin que tenga adherencias con el hiodes ni existan trayectos fistulosos. Macroscopicamente parece un quiste dermoide. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Formacion encapsulada por tejido conjuntivo fibroso denso, que delimita completamente el tejido remitido. En su interior existe un conjuntivo laxo

densamente infiltrado por polinucleares y linfocitos entremezclados con macrofagos. En algunas zonas la infiltracion adquiere un caracter xantogranulomatoso con celulas macrofagicas cargadas de lipoides en vacuolas. No hay vestigios de epitelio ni tampoco formaciones tiroideas, No existen signos histopatologicos de malignidad. Diagnostico, tejido de granulacion con reaccion xantogranulomatosa que verosimilmente corresponde a conducto tirogloso en reabsorcion.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste de la cara anterior de cuello

Diagnostico Operatorio, ¿Quiste dermoide?

Diagnostico Anatomo-Patologico, tejido de granulacion con reaccion xantugranulomatosa (¿tirogloso?).

Hº Cº Nº 33
S.P.S.
Sexo hembra
Edad 11 años
21.9.66

A la edad de tres años aparicion en linea media cervical region infrahiodea de una tumoracion. Existieron varios episodios de inflamacion, produciendose en uno de ellos drenaje espontaneo, quedando una fistula que ha permanecido desde entonces con supuracion intermitente y en algunas ocasiones inflamacion aguda con presencia de nuevo de la tumoracion. A la exploracion se encuentra un orificio fistuloso puntiforme, palpandose un cordon fibroso en region infrahiodea que asciende en direccion al hiodes, y que si se presiona hace salir por la fistula unas gotas de un exu-

dado blanquecino. Resto de la exploracion normal.

Intervencion Quirurgica.13.10.66

Incision transversal sobre region infrahiodea que enmarca en su contorno el orificio fistuloso. Aislamiento y diseccion hacia arriba de una fistula de unos 15 m.m. de longitud que alcanza la cara anterior del hiodes a la que está unida. Extirpacion de la fistula y reseccion de la zona media central del hiodes. El trayecto fistuloso continua en region suprahiodea hasta el foramen cecum. Se diseca y liga en este ultimo tiempo a nivel del foramen cecum y se extirpa. Reconstruccion por plastos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe anatomo-patologico.

Fragmento muy regular de tejido en parte de consistencia osea, en parte revestido por piel, en parte carnososo, rojizo y blanquecino al corte. La piel no muestra alteraciones revelantes, salvo en la embocadura de la fistula en la que se interrumpe el revestimiento epidermico y existe tejido necrotico inflamatorio, constituido por polinucleares, macrofagos y linfocitos, donde se encuentran islotes de epitelio plano poliestratificado, e incluso mas profundamente un fino conducto cuyas paredes estan revestidas por este epitelio poliestratificado de tipo mucoso. Diagnostico, Persistencia del conducto tiro-gloso fistulizado y con inflamacion inespecifica en su vecindad.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Operatorio, Fistula tiroglosa

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula tiroglosa.

H^o C^o N^o 34
E.T.A.
Sexo hembra
Edad 3 años
31.3.67

A los quince días de nacer, aparición de una tumoración en región antero-lateral derecha del cuello del tamaño de un garbanzo. Durante el primer año de la vida existieron algunas variaciones de tamaño con aumento y regresiones que coincidían con cuadros febriles. Hace tres meses estos accesos de fiebre revistieron mayor intensidad con mayor aumento de la tumoración también. Fue tratada con antibióticos cediendo la fiebre, pero no así el progresivo aumento de tamaño de la tumoración. Encontramos a la exploración una tumoración que ocupa la totalidad de la región derecha del cuello desde la línea media anterior hasta la región de la nuca. Tamaño de una naranja grande, forma gibosa, consistencia elástica, ligeramente móvil y que dificulta los movimientos cervicales normales. La piel que la recubre es normal. Transiluminación positiva. Parece existir una ligera disfagia. No hay fenómenos reflejos. A la exploración faríngea se nota desviación hacia adentro de la pared derecha. No hay fistula, ni signos de infección.

Intervención Quirúrgica. 5.4.67

Incisión vertico-transversal desde el ángulo del maxilar inferior derecho hasta línea media del cuello. Se encuentra una tumoración del tamaño de una naranja grande, situada en origen en el ángulo formado entre la carótida primitiva y la yugular interna. Hay relaciones muy cercanas y adherencias con tráquea y el paquete vasculo-nervioso. Estas adherencias dificultan la

extirpacion total. Las zonas de tejido no extirpadas estimadas en un diez por ciento del total de la masa son pinchadas con tintura de iodo. Cierre por planos dejando drenaje.

Post-Operatorio sin incidentes. El drenaje es retirado a las 48 horas de la intervencion.

Informe Anatomo-Patologico.

La pieza comprendida muestra varios ganglios linfaticos de estructura conservada y sin alteraciones revelantes, salvo la dilatacion de los linfaticos que abocan a ellos. El resto es un tejido fibroso de densidad irregular en el que existen varios espacios linfaticos anfractuosos, en ocasiones constituyendo hendiduras, y en ocasiones dilataciones quisticas, Estos espacios estan revestidos de endotelio y bajo el tejido fibroso celular que se continua con el tejido fibroso fibrilar de soporte. Diagnostico, Linfangioma quistico e infiltrante del cuello (hygroma Colli)

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Linfangioma

Diagnostico Operatorio, Linfangioma

Diagnostico Anatomo-Patologico, Linfangioma

H^o C^o N^o 35
M.A.S.A.
Sexo hembra
Edad 3 meses
5.9.67

Presenta desde el nacimiento un orificio fistuloso localizado en el borde anterior del esternocleido-

mastoideo derecho a nivel de la union de su tercio medio e inferior. Con cierta frecuencia expulsa un exudado seroso. El resto de la exploracion es normal, salvo que la madre nota que la niña tuerce la cabeza hacia el lado derecho. Intervencion Quirurgica. 30.9.67

Tecnica de BROCA, primera incision (inferior) transversal que enmarca el orificio de la fistula. Aislamiento y diseccion del trayecto fistuloso hacia arriba siguiendo el borde del esterno-clauidomastoideo. Segunda incision transversa (superior) y exteriorizacion por ella de la fistula ya disecada. Se continua ahora la diseccion en profundidad, pasando por el area del triangulo de FARABEUF hasta llegar a la pared lateral de la faringe donde la fistula es ligada y extirpada. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe histopatologico.

En algunos de los cortes se reconoce en el espesor del tejido adiposo, una formacion ductal de calibre variable, en ocasiones vacia y en ocasiones con detritus. El revestimiento de esta formacion es epitelial. En zonas de epitelio plano poliestratificado y en zonas de epitelio cilindrico mono o poliestratificado o pseudo estratificado. Diagnostico, Conducto de revestimiento epitelial de estructura variable muy sugestivo de estructura branquial.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Fistula branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula branquial

Hº Cº Nº 36
J.G.R.
Sexo varon
Edad 11 años
30.4.68

Desde hace 3-4 años existencia de una tumoracion en region sub-maxilar izquierda, del tamaño de un huevo de gallina, forma ovoidea, consistencia dura, dificilmente movilizable y que no impide los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal. Transiluminacion negativa. No hay signos reflejos, ni fenomenos de compresion. Exploracion faringea normal. No hay fistula ni signos de inflamacion.

Intervencion Quirurgica. 3.5.68

Incision transversal sobre lado izquierdo del cuello. Diseccion y extirpacion de una tumoracion existente por dentro inmediatamente del borde anterior del esternocleidomastoideo en su tercio superior, y que en su parte mas inferior y profunda está en relacion con los vasos del cuello. Extirpacion total. No se aprecia trayecto fistuloso ni conexion con pared faringea.

Informe Anatomo-Patologico.

Formacion quistica revestida por un epitelio plano poliestratificado, mas o menos perfecto en su organizacion, que es capaz de queratinizarse y muestra dentro de él muy claramente en algunas zonas estrato de celulas granulosas. El contenido del quiste es fundamentalmente queratina mejor o peor conservada. Inmediatamente bajo el epitelio hay un tejido linfoide sin disposicion especial o constituyendo folículos linfoides, formando una banda intermitente unida al epitelio. Mas profundamente

hay tejido fibroso. El ganglio linfático remitido separadamente, no muestra alteraciones relevantes, salvo mínima hiperplasia reticular de los senos. Diagnostico, Quiste branquial.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Quiste branquial.

Diagnostico Operatorio, Quiste branquial.

Diagnostico Anatomo-Patológico, Quiste branquial.

Hº Cº Nº 37
A.S.N.
Sexo varon
Edad 6 años
3.5.68

Aparición hace dos meses de una tumoración localizada en línea media cervical anterior, región infrahiodea. Han existido inflamaciones repetidas que fueron tratadas con antibióticos. A la exploración se aprecia una tumoración en la localización indicada del tamaño de una avellana, forma ovoidea, consistencia sólida, inmóvil y adherida a los planos profundos y que sigue los movimientos de deglución. Los movimientos cervicales son normales. La piel que la recubre es normal. Transiluminación negativa. No hay fenómenos de compresión ni signos reflejos. La exploración faríngea es normal. No hay signos actuales de inflamación. No hay fístula.

Intervención Quirúrgica. 20.5.68

Incisión transversal sobre región sub-hiodea sobre diámetro transversal de la tumoración. Aislamiento y disección de una tumoración ovoidea,

cuya pared mas profunda está adherida al hiodes en su zona media. Extirpacion con reseccion de la zona media central del hiodes. Se continua diseccion hacia arriba hasta el foramen cecum sin encontrar vestigios de formacion fistulosa suprahíodea. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Multiples cortes no han demostrado tejido tiroidea pero si la existencia de un conducto revestido por epitelio plano poliestratificado, a lo largo del conducto, en la masa terminal y en el dermis. A este conducto le falta el epitelio en algun punto y en su vecindad hay una densa infiltracion inflamatoria con polimorfos nucleares y macrofagos. Rodeando al conducto hay una intensa fibrosis. Diagnostico, Conducto tirogloso persistente con alguna inflamacion en su vecindad.

Juicio Clinico defintivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tirogloso.

Diagnostico Operatorio, Quiste tirogloso

Diagnostico Anatomo-Patologico, Persistencia del conducto tirogloso.

H^o C^o N^o 38
L.R.M.
Sexo hembra
Edad 1 año
5.2.69

Existencia desde la edad de cuatro meses de una fistula localizada en region infra-híodea. Al parecer han existido procesos inflamatorios agudos con expulsion de un exudado blanco amarillento. Restos de exploracion cervical

y faringea normal.

Intervencion Quirurgica. 17.2.69

Incision transversal sobre cara anterior del cuello, region infra-hiodea enmarcando la fistula. Aislamiento y diseccion de un corto trayecto fistuloso en direccion hacia arriba que alcanza el hiodes a unos 5 m.m. en cuya zona media central está adherido. Extirpacion del trayecto fistuloso con reseccion de la parte media central de hiodes. Se efectua diseccion en region suprahio-dea hasta foramen cecum, sin encontrar vestigios de trayecto fistuloso de esta localizacion. Reconstruccion por planos. Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

No se han demostrado lesiones histologicas en la piel. En el tejido sub-cutaneo existe un conducto revestido en parte por epitelio plano y en parte por epitelio cilindrico. En torno a él existe una infiltracion linfoplasmocitaria de moderada intensidad, y en su inmediata vecindad se reconoce un grupo de folículos tiroideos sin alteraciones en sus celulas, ni en su contenido coloideo. Diagnostico, Conducto tirogloso persistente.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Fistula tiroglosa

Diagnostico Operatorio, Fistula tiroglosa

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula tiroglosa

Hº Cº Nº 39
A.N.G.
Sexo hembra
Edad 3 años
21.3.69

Existencia desde el nacimiento localizada en region lateral inferior derecha del cuello que ha sufrido episodios de inflamacion aguda. A la exploracion se aprecia una tumoracion localizada a la altura del tercio inferior del borde anterior del esternocleidomastoideo derecho. Tamaño de un huevo de gallina, forma ovoidea, consistencia dura, inmovil. Dificulta los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal. La transluminacion es negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. Cierta grado de dolor local. No existe fistula.

Intervencion Quirurgica. 20.4.69

Incision transversal sobre region antero-lateral derecha del cuello a nivel de la tumoracion. Aislamiento y diseccion de un quiste redondeado del tamaño de un huevo de gallina en relacion por su parte mas interna con el paquete vasculo-nervioso del cuello. Su parte superior se continua con un trayecto fistuloso que sube hacia arriba por el borde anterior del musculo indicado, procediendose a la diseccion de este trayecto con pinzamiento previo y extraccion del quiste. Se efectua segunda incision, segun tecnica de BROCA a unos 16 m.m. de la anterior por la cual es extraido el trayecto fistuloso, continuando la diseccion en profundidad en el area del triangulo de FARABEUF hasta la pared lateral de la faringe donde es ligado y extirpado.

Informe Anatomo-Patologico.

La epidermis y el dermis no muestran alteraciones. La formacion quistica es hipodermica y revestida de epitelio que en zonas es plano poli-estratificado y en zonas es cilindrico de tipo respiratorio. Bajo el epitelio existen abundantes formaciones linfoides. Diagnostico, Quiste linfoepitelial. Quiste branquial.

Juicio Clinico definitivo, Quiste branquial

Diagnostico Clinico, Quiste branquial

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Quiste branquial.

H^o C^o N^o 40
M.S.F.
Sexo hembra
Edad 4 años
19.7.69

Presenta desde el nacimiento una tumoracion en region cervical en la proximidad del borde anterior del esternocleidomastoideo del lado izquierdo. Existieron fenomenos inflamatorios. Desde hace cinco meses existencia de una fistula por la que dice expulsa un exudado blanquecino. A la exploracion se aprecia un orificio puntiforme a nivel de la union del tercio medio e inferior del borde anterior del esternocleidomastoideo izquierdo. Aparentemente no tiene luz. Toda la exploracion cervical y faringea es normal. Intervencion Quirurgica. 10.8.69

Incision transversal inferior sobre lado izquierdo enmarcando el orificio fistu-

loso. Diseccion hacia arriba en unos 20 m.m. de un cordón al parecer fibroso y sin luz. Segunda incision siguiendo la tecnica de BROCA a unos 25 m.m. de la inferior, exteriorizando por ella el trayecto fistuloso ya disecado que se sigue hacia arriba y adentro pasando por el area del triangulo de FARABEUF hasta la pared lateral de la fainge donde es ligado y extirpado. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Cortes seriados a todos los niveles de la pieza no han demostrado una luz ni ninguna estructura linfoepitelial, Se trata de un tejido conjuntivo fibroso y denso de aspecto cicatricial en que se reconocen vasos sanguíneos y fascículos nerviosos. No existe infiltracion inflamatoria. Diagnostico, Tejido fibroso cicatricial.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Tejido fibroso cicatricial

H^o C^o N^o 41
A.M.M.G.
Sexo hembra
Edad 2 años
7.6.69

A la edad de seis meses tumoracion en linea media cervical anterior que segun dice la madre era del tamaño de una nuez. Fué operada en otro Hospital, no aportando informe sobre la intervencion. A la exploracion se encuentra una cicatriz por encima de una pequeña tumoracion existen-

te en línea media cervical, region infrahiodea, del tamaño de una avellana, forma redondeada y consistencia dura. es inmovil y está adherida a los planos profundos. No limita los movimientos cervicales normales. Sigue los movimientos de deglucion. La piel que la recubre salvo la cicatriz es normal. La transiluminacion es negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. No hay sintomas de infeccion ni existencia de fistula.

Intervencion Quirurgica. 10.7.69

Incision transversal sobre cara anterior de cuello en region infrahiodea que enmarca la cicatriz anterior. Diseccion de una pequeña formacion quistica y un trayecto fistuloso que llega hasta cara anterior del hiodes, continuando la diseccion hacia arriba en region suprahiodea, continuando el trayecto fistuloso hasta foramen cecum. Extirpacion total de todo el trayecto fistuloso y de la zona medio central del hiodes. Ligadura a nivel del foramen cecum. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomico-Patologico.

La piel no muestra alteraciones histomorfologicas. No hay infiltracion inflamatoria dermica. Atravesando esta y terminando en la epidermis así como en el centro del fragmento cilindrico, existe un conducto revestido por epitelio plano poliestratificado en cuya vecindad se reconocen vesiculas tiroideas. Estas estructuras aparecen incluidas en tejido fibro-adiposo y musculo estriado. Diagnostico, Conducto tirogloso persistente.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Quiste del conducto tiroglos (recidiva)

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Anatomo-Patologico, Conducto tirogloso persistente.

H# C# N# 42
M.D.Q.S.
Sexo hembra
Edad 12 años
17.11.70

Hace tres semanas aparicion de una tumoracion del tamaño de un garbanzo debajo de la lengua, color blanquecino y no dolorosa. Durante estos ultimos tiempos ha crecido de tamaño, no teniendo periodos de remision. No hay fiebre. Ligera dificultad al habla. A la exploracion se aprecia una tumoracion localizada en linea media cervical region suprahiodea muy alta, sub-maxilar, del tamaño de una mandarina, redondeada, inmovil, que dificulta los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal. La transiluminacion es negativa. Dificulta la fonacion. No existen signos reflejos. No hay infeccion ni fistula.

Intervencion Quirurgica. 21.11.70

Incision submaxilar siguiendo de derecha a izquierda el maxilar inferior, penetrando en la region sublingual a traves de los musculos suprahiodeos para lo cual se verifica incision transversal en linea media del plano muscular con reclinicacion lateral de los milohiodeos. Se extirpa en su totalidad una formacion quistica de aspecto dermoide y del tamaño de una mandarina

Practicamente no hay adherencias con organos vecinos y la diseccion no ofrecio dificultades. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Fragmento ovoideo de tejido bien delimitado grisaceo en superficie. El corte es quistico y aparece relleno de material pastoso-amarillento. La pared de la formacion quistica se compone de tejido fibroso denso, en el que se reconocen algunos anejos cutaneos, sobre todo folículos pilosos. La pared conjuntiva está revestida por epitelio plano poliestratificado cornificado con estrato granuloso sin alteraciones revelantes en sus celulas. Diagnostico, quiste dermoide.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, probable quiste dermoide.

Diagnostico Operatorio, Quiste dermoide

Diagnostico Anatomo-Patologico, Quiste dermoide.

H# C# N# 43
A.V.S.
Sexo hembra
Edad 9 años
22.9.71

Viene a consulta por existencia de una fistula en cuello que ya ha sido operada en otro Hospital. Hace cuatro meses y estando previamente bien la familia nota en region cervical la aparicion de una tumoracion del tamaño de un garbanzo. Parece ser que cambiaba de tamaño. A la exploracion se aprecia en cara anterior del cuello re-

region infrahiodea de una cicatriz longitudinal que en su parte media tiene un orificio fistuloso, con un pequeño mamelon recubierto de pequeñas costres de color blanco amarillento. Por el orificio hay descargas intermitentes de un exudado blanquecino claro. Resto de la exploracion normal.

Intervencion Quirurgica. 4.10.71

Incision transversal sobre cara anterior del cuello a unos 5 m.m. por debajo del hiodes que enmarca la fistula. Aislamiento y diseccion de un trayecto fistuloso que llega hasta cara anterior del hiodes. Se efectua extirpacion de la fistula con reseccion de la zona medio central del hiodes. Se realiza diseccion hacia arriba en region suprahiodea hasta el foramen cecum, sin encontrar vestigios de trayecto fistuloso. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Fragmento cutaneo en el que bajo una epidermis en la que no se aprecian anomalias histomorfologicas, existe una dermis con la evidencia de formaciones tubulares. La mayor, que podriamos llamar principal por su mayor diametro presenta una pared recubierta por un epitelio cilindrico, rodeando al cual hay un tejido fibro-muscular con la presencia de infiltrados inflamatorios. Las restantes formaciones tubulares igualmente rodeadas por tejido conectivo muscular con infiltrados inflamatorios de tipo cronico, muestra una pared recubierta de epitelio plano escamoso. Se acompaña de un fragmento de hueso corres-

pendiente al hiodes, que no muestra anomalías histomorfológicas significativas. Diagnostico, restos del conducto tirogloso.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula tiroglosos.

Diagnostico Operatorio, Fistula tiroglosa

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula tiroglosa

H^o C^o N^o 44
F.A.F.
Sexo hembra
Edad 3 años
12.12.71

Hace cuatro meses tiene una tumoracion en region anterior de cuello. A la exploracion se aprecia una tumoracion en linea media cervical anterior en region infrahiodea, del tamaño de una nuez, forma ovoidea, consistencia solida muy poco desplazable manualmente y que sigue los movimientos de deglucion. Movilidad cervical normal. La piel que la recubre no está alterada. Transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. La exploracion faringea es normal. No hay sintomas de infeccion y no existe fistula.

Intervencion Quirurgica. 10.1.72

Incision transversal sobre cara anterior del cuello que sigue la linea del diametro transversal de la tumoracion. Aislamiento y diseccion de una formacion quistica del tamaño de una nuez pequeña que en su parte postero-superior está en relacion con el hiodes por un pequeño trayecto fistuloso. Extirpacion total con reseccion de la zona medio ceftral del

hiodes. Se efectua diseccion hacia arriba en region suprahiodea hasta foramen cecum sin encontrar vestigios de trayecto fistuloso. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

En alguno de los cortes se aprecia en la zona central del fragmento remitido una formacion tubulosa, recubierta por epitelio plano escamoso, rodeado por tejido de granulacion. En otros cortes no quedan mas que restos de esta formacion tubular. En todos los cortes rodeando el tejido de granulacion se aprecia tejido conjuntivo y algunas fibras musculares. Diagnostico, parece tratarse de restos del conducto tirogloso.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tirogloso

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Antomo-Patologico, restos del conducto tirogloso.

H^o C^o N^o 45
I.C.M.
Sexo hembra
Edad 1 año
26.4.71

Presenta desde el nacimiento un pequeño orificio puntiforme localizado en el borde anterior del esternocleidomastoideo izquierdo a nivel de su insercion esternal. A temporadas expulsa una secrecion mucosa. No hay signos de inflamacion aguda actual. No se encuentra nada patologico en region cervical. No se palpa cordón fibroso.

Intervencion Quirurgica. 14.5.71

Incision transversal sobre region antero-lateral izquierda del cuello que enmarca el trayecto fistuloso. Aislamiento y diseccion hacia arriba de un trayecto de unos 18 m.m. Segunda incision transversal paralela a la primera unos 20 m.m. mas arriba. Se exterioriza la fistula disecada por la primera incision y se continua la diseccion de su trayecto pasando por el area del triangulo de FARABEUF, hasta alcanzar la pared lateral de la faringe donde es ligada y extirpada. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico

Se aprecia al corte en su porcion central la existencia de una luz muy estrecha, casi virtual que lo recorre en toda su longitud. Forma redondeada, recubierto en su interior por epitelio constituido por varias capas de las que la mas periferica es cubica, mientras que la central lo constituyen celulas cilindricas ciliadas. Diagnostico, fistula branquial revestida de epitelio cilindrico cubico.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Fistula branquial.

Diagnostico Operatorio, Fistula branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula branquial

H# C# N# 46
C.B.Q.
Sexo hembra
Edad 5 años
20.9.72

Desde hace un año existencia de una tumoracion en region cervical anterior. Se encuentra a la exploracion una tumoracion localizada en linea media cervical anterior a la altura del hiodes. Tamaño de una nuez, forma redondeada, consistencia solida, facilmente desplazable a los movimientos de palpacion. Los movimientos cervicales son normales. Piel normal y transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. La exploracion faringea es normal. No hay signos de infeccion.
Intervencion Quirurgica. 26.9.72

Incision transversal sobre cara anterior del cuello a nivel del hiodes. Se disecciona y aisla una tumoracion redondeada del tamaño de una nuez a la altura del hiodes pero sin ninguna conexion o adherencia con este hueso. Se extirpa la tumoracion.
Post-Operatorio sin incidentes.
Informe Anatomo-Patologico.

Pared constituida aunque discontinua por epitelio plano pluriestratificado. Buena parte de la pared está constituida por celulas gigantes, alguna de las cuales aparecen en plena fagocitosis, y algunas escamas de queratina. La pared mas periferica está constituida por tejido conjuntivo con ausencia de anejos cutaneos. Diagnostico, quiste epidermoide.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste anterior del cuello

Diagnostico Operatorio, ¿Quiste dermoide?

Diagnostico Anatomo-Patologico, Quiste epidermoide.

Hº Cº Nº 47
A.E.O.
Sexo varon
Edad 3 años
5.11.72

Tiene una tumoracion en cuello desde hace siete dias. A la exploracion presenta una tumoracion localizada el region antero-lateral izquierda del cuello por dentro del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo a la altura del tercio medio e inferior, tamaño de una naranja, habiendo aumentado ultimamente, forma ovoidea ligeramente alargada, consistencia fluctuante, ligeramente desplazable a la palpacion y que dificulta los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal. Transiluminacion positiva. Existe cierto grado de disfagia. No hay signos reflejos. Exploracion faringea normal. No hay signos actuales de infeccion o inflamacion y no existe fistula.

Intervencion Quirurgica. 23.11.72

Incision transversal sobre region antero-izquierda del cuello, zona media. Extirpacion de una gran bolsa multilobular que está rellena de liquido negruzco, situada por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo, y que en su parte mas profunda está en relacion con el paquete vasculo nervioso del cuello, pero que no presenta adherencias importantes. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Cavidades de tamaño variable provistas de endotelio, variando de tamaño desde el microscopico a algunos centímetros. Entre estas luces hay un

tejido fibro-muscular que viene a constituir su pared. Las cavidades algunas aparecen vacias y otras con hematies en su interior. Se encuentran tambien acumulos de linfocitos distribuidos irregularmente. En la pared de la capsula se observa un acumulo bastante importante de pigmento ocre que probablemente es hematico, ya que en su vecindad se encuentran hematies extravasados. Diagnostico, linfangioma o linfangiectasias de vasos del cuello.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico clicnico, linfangioma

Diagnostico Operatorio, linfangioma

Diagnostico Anatomo-Patologico, linfangioma

Hº Cº Nº 48

M.M.J.

Sexo varos

Edad 1 año

6.12.72

Hace cuatro meses la madre notó una tumoracion del tamaño de un garbanzo en cara anterior del cuello. Aparició coincidiendo con un proceso de amigdalas con fiebre y disfagia. Desde entonces la tumoracion viene aumentando de tamaño. A la exploracion presenta una tumoracion localizada en linea media cervical anterior a la altura del hiodes, del tamaño de una nuez, forma ovoidea, consistencia solida, no desplazable a la palpacion, pero que sigue los movimientos de deglucion. Limita en parte los movimientos cervicales. La piel que la recubre es normal, aunque está ligeramente enrojecida. Transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. La fa-

ringe está muy enrojecida. Existen signos de infección local pero no hay fistula. Se efectúa tratamiento antibiótico pre-operatorio que hace desaparecer la infección local.

Intervención Quirúrgica. 15.1.73

Incisión transversal sobre cara anterior de cuello que sigue el diámetro transversal de la tumoración. Aislamiento y disección de una tumoración del tamaño de una nuez que está adherida al hioides. Extirpación de la tumoración y de la zona medio central del hioides. Se busca trayecto fistuloso supra-hioides a la línea media central hasta foramen cecum que no se encuentra.

Post-Operatorio inmediato sin incidentes.

Informe Anatómo-Patológico.

Conducto recubierto por epitelio plano poliestratificado sin queratinización formado por seis o siete capas de células que dejan una luz casi virtual alrededor de la cual existe una banda conectiva sin marcada infiltración inflamatoria. Mas periféricamente se aprecia un tejido de granulación con infiltrado polimorfo, rico en macrófagos e incluso células gigantes, así como abundantes capilares. Por fuera el conjuntivo se condensa y sus fibras se disponen concéntricamente a la formación de la capsula. Diagnóstico, Persistencia del conducto tirogloso.

Cuatro meses mas tarde es visto nuevamente, existiendo un trayecto fistuloso en zona operatoria anterior, con un orificio fistuloso recubierto por un granuloma, por el que expulsa intermitentemente una secreción blanco-amarillenta. Considerándose como un caso de recidiva, se plantea nueva intervención.

Intervencion Quirurgica.(2º). 13.6.73

Incision enmarcando la cicatriz operatoria anterior. Aislamiento y diseccion de un trayecto fistuloso por cuyo orificio cutaneo sale un liquido gelatinoso. Este trayecto si dirige en linea media central hacia arriba y profundidad hasta llegar al foramen cecum. Trayecto de uno 20 m.m. Extirpacion total con ligadura a nivel del foramen cecum. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

En la parte mas profunda se observa un a modo de conducto fascelado desprovisto de pared propia y estando los bordes constituidos por tejido de granulacion rico en polinucleares. La vision histologica es la de un infundibulum necrotico-purulento, abocado a piel y en la vecindad de una formacion tubuliforme que bien podria corresponder a restos del conducto tirogloso.

Juicio Clinico Definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Anatomo-Patologico, Persistencia del conducto tirogloso.

Hº Cº Nº 49
M.A.S.M.
Sexo varon
Edad 3 años
23.3.73

Desde hace dos meses existencia de una tumoracion localizada en linea media cervical anterior del tamaño de u-

na nuez a la altura de la region infrahiodea; va paulatinamente aumentando de tamaño. Padece amigdalitis con frecuencia. Forma ovoidea, consistencia solida, no es desplazable a la palpacion, pero sigue los movimientos de deglucion. Los movimientos cervicales son normales. La piel que la recubre es normal. Transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion, ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. No hay infeccion ni fistula. Existe una adenopatía maxilar derecha sin aspecto de infeccion aguda. Hipertrofia de amígdalas.

Intervencion Quirurgica. 23.3.73.

Incision transversal sobre cara anterior del cuello por debajo de hiodes. Aislamiento y diseccion de una tumoracion quistica del tamaño de una nuez pequeña que expulsa un liquido gelatinoso estando en relacion por un pequeño trayecto fistuloso con la cara anterior del hiodes. Se efectuó extirpacion del quiste, su adherencia hiodea fistuloso y la zona medio central del hiodes. No se encontró trayecto fistuloso suprahiodea. Reconstruccion por planos

Post-Operatorio sin incidentes

Informe Anatomo-Patologico.

Formacion quistica en la que no se puede afirmar exista un revestimiento epitelial, sino una capsula fibrosa de tejido conjuntivo colágeno, la cual rodea a un tejido algo fibroso en parte en el que se aprecian zonas inflamatorias compuestas sobre todo de linfocitos y otras celulas mononucleares, así como de abundantes histiocitos y coloides, como producto

de secrecion glandular, aunque no se aprecia ninguna glandula. Diagnostico, Formacion quistica y fistulosa con material inflamatorio y que puede corresponder a una formacion quistica del conducto tirogloso.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tirogloso

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Anatomo-Patologico, Quiste y Fistula tiroglosos.

Hº Cº Nº 50
M.C.S.M.
Sexo hembra
Edad, 3 años
5.4.73

Existencia desde el nacimiento de una tumoracion localizada en linea media cervical anterior, region infrahiodea, que ha ido aumentando de tamaño progresivamente. Es de forma redondeada, consistencia solida, no fija a los planos profundos. Desplazable a la palpacion. No sigue los movimientos de deglucion. Movimientos cervicales normales. Piel normal. Transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion, ni signos reflejos. Noe hay infeccion ni fistula.

Intervencion Quirurgica. 6.5.73.

Incision transversal sobre cara anterior del cuello sobre el diametro transversal de la tumoracion. Aislamiento y diseccion de una tumoracion redondeada del tamaño de una avellana grande, de localizacion sub-cutanea sin que tenga ninguna connexion con planos profundos. Cierre por planos una vez extirpada la tumoracion.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Al corte presenta corteza muy fina y llena de un material "mantecoso". Los cortes histologicos muestran una capa delgada constituida por un epitelio plano escamoso de unas seis-siete celulas de espesor, sin practicamente maduracion. No se aprecian anejos cutaneos en la superficie externa del corte. Pegado a la cara interna se ven numerosas escamas de queratina dispuestas anarquicamente. Diagnostico, quiste epidermoide de la cara anterior del cuello.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, quiste dermoide, ?quiste epidermoide?

Diagnostico Operatorio, quiste dermoide

Diagnostico Anatomo-Patologico, quiste epidermoide.

H^o C^o N^o 51
M.M.H.
Sexo hembra
Edad 1 mes
20.8.73

Existencia desde hace nueve dias de una tumoracion localizada en region antero-lateral derecha del cuello por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo, tercio inferior. Tamaño de una nuez habiendo aumentado de tamaño en los ultimos dias. Forma redondeada, consistencia blanda, poco movil, adherida a los planos profundos. Movimientos cervicales libres. La piel que la recubre es normal y se desliza sobre la tumoracion. Transiluminacion positiva. No hay fenomenos de compresion, ni signos reflejos. La exploracion faringea es normal, no hay

infeccion ni fistula.

Ingresada en el Servicio para exploraciones complementarias, se presenta un cuadro febril con aumento subito del tamaño de la tumoracion en el espacio de un dia, hasta el tamaño aprosimado de una mandarina. Aumenta la consistencia que se hace dura, la piel se enrojece ligeramente y la transiluminacion se convierte en negativa. Los movimientos cervicales quedan limitados. Se somete a tratamiento antibiotico cediendo el episodio. Intervencion Quirurgica. 2.9.73.

Incision transversal sobre cara antero-lateral derecha del cuello, enmarcando una zona eliptica de piel en el centro de la tumoracion. Diseccion con electro-bisturí hacia arriba y abajo sin dificultad. Existencia de una tumoracion del tamaño de una mandarina con localizacion exacta inter-fascicular entre el fasciculo external y clavicular del esternocleidomastoideo y que producía un desplazamiento intenso hacia afuera de este ultimo fasciculo. Existe una pequeña prolongacion de la tumoracion de forma ovoidea hacia arriba y atras del borde posterior del esternocleidomastoideo. La tumoracion era muy superficial y salvo las relaciones indicadas no tenia ninguna otra importante. Cierre por planos sin dejar drenaje.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomico-Patologico.

Tumoracion multilocular compuesta por seis cavidades, tres de ellas rellenas de liquido cristalino claro y las otras tres vacias ya que estaban abiertas. Estas cavidades se encuentran tapizadas

por un endotelio, aunque en algunas zonas da la impresion de existir celulas cubicas. Rodeando estos espacios quisticos se observa un tejido conjuntivo con dilatacion de esas luves vasculares, proliferacion fibroblastica y abundante tejido adiposo. Diagnostico, Linfangioma quistico de gran tamaño que ha comprimido los vasos sanguineos vecinos, produciendo dilatacion de los mismos.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, linfangioma

Diagnostico Operatorio, linfangioma

Diagnostico Anatomo-Patologico, linfangioma.

Hº Cº Nº 52
F.G.T.
Sexo varon
Edad 3 años
31.7.73

En el momento del nacimiento le notan una tumoracion algo mayor que una avellana en la region de la nuca. A la exploracion se encuentra una tumoracion localizada en la region de la nuca del tamaño aproximado de una mandarina, forma redondeada, consistencia blanda, muy poco movilizable y que no impide los movimientos cervicales normales. La piel que la recubre es normal. Transiluminacion positiva. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. No hay infeccion ni fístula. Le hicieron hace seis meses una puncion extrayendole un liquido con los caracteres organolepticos de la sangre.

Intervencion Quirurgica.

Incision transversa sobre la re-

gion de la nuca que pasa por la cupula de la tumoracion. Se dibuja un sector eliptico de piel para extirparlo con la tumoracion. Se disecciona y aísla una tumoracion del tamaño de una mandarina grande situada entre el tejido celular sub-cutaneo y el plano muscular. Extirpacion total. La zona de piel superior a la tumoracion tenia un tejido celular sub-cutaneo infiltrado de pequeños quistes del tamaño de un guisante y aún menores en número de cinco o seis que fueron extirpados en su totalidad. Al abrirlos salía un líquido ligeramente espeso y lechoso. Otros quistes aún mas pequeños fueron simplemente abiertos y su pared tratada con tintura de iodo. Reconstrucción por planos dejando drenaje durante 48 horas.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatómo-Patológico.

Conjunto de dilataciones quísticas tapizadas todas ellas por un epitelio plano de una sola capa de células, y apreciándose en su interior un líquido anisto y acelular (nunca sangre). Están inestadas en el seno de un tejido fibroso, algo edematoso en algunas zonas, y no apreciándose en ningún caso infiltración inflamatoria en el mismo. En el seno de la tumoración principal, se aprecian algún tronco nervioso y vasos sanguíneos con signos de compresión. Diagnóstico, linfangioma quístico ±

Juicio Clínico definitivo:

Diagnóstico Clínico, linfangioma

Diagnóstico Operatorio, linfangioma

Diagnóstico Anatómo-Patológico, linfangioma

H^o C^o N^o 53
E.Q.M.
Sexo hembra
Edad 16 meses
3.5.74

Existencia desde el nacimiento de una pequeña tumoracion redondeada, localizada en cara anterior del cuello que poco a poco va aumentando de tamaño. A la exploracion se encuentra una tumoracion localizada en linea media cervical anterior, region infrahiodea. Tamaño de un garbanzo, forma redondeada, consistencia solida, practicamente inmóvil y que sigue los movimientos de deglucion. Movimientos cervicales normales. La piel que la recubre está adherida a la tumoracion y presenta alteraciones inflamatorias. Transiluminacion negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. Exploracion faringea normal. Existencia de procesos inflamatorios en dos o tres ocasiones con aumento del tamaño de la tumoracion. No hay fistula.

Intervencion Quirurgica. 18.5.74.

Incision transversal sobre cara anterior de cuello que en su parte central enmarca la piel alterada. Aislamiento y diseccion de una formacion redondeada de aspecto quistico, cuya parte posterosuperior se continua hacia arriba por un trayecto fistuloso engrosado que la une a hiodes, zona medio central. Se extirpa la formacion quistica y su trayecto fistuloso, así como la zona medio central del hiodes. Se continua diseccion en zona media de la region supra-hiodea hasta el foramen cecum, enocontrando un trayecto fistuloso de menor calibre que el infrahiodea que es extirpado en su totali-

dad. Reconstruccion por planos.

Informe Anatomo-Patologico.

Hiperqueratosis de la epidermis con acantosis y abundantes crestas interpapilares. La dermis está ocupada por una dilatacion quistica tapizada por celulas planas con abundante proliferacion de polinucleares. En los cortes siguientes, imagen de tejido fibroso en cuyo centro se aprecia un conducto sin pared, rodeado por abundante infiltrado. Posteriormente este conducto se transforma en varias dilataciones tapizadas por epitelio cilindrico, En un fragmento de hueso formado por cartilago y hueso se aprecia el conducto que rompe la regularidad de las trabeculas oseas sustituyendolas por material necrotico purulento. Diagnostico, Persistencia del conducto tirogloso.

Juicio Clinico definitivo:

Diagnostico Clinico, Quiste tirogloso

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fistula tiroglosos

Diagnostico Anatomo-Patologico, Persistencia del conducto tirogloso.

H# C# N# 54
M.M.G.
Sexo hembra
Edad 4 meses
25.10.74

Niña que presenta desde el nacimiento una fistula en cuello. A la exploracion se encuentra un pequeño orificio puntiforme localizado en region antero-lateral derecha del cuello a nivel del tercio inferior del borde anterior del esternocleidomastoideo. Durante algun tiempo ha

sufrido inflamaciones agudas con expulsion de unas gotas de un liquido blanquecino cuyo examen bacteriologico resultó negativo. Toda la exploracion del cuello es normal sin apreciarse en ningun momento alteracion de los movimientos cervicales ni tumoracion alguna.

Intervencion Quirurgica. 20.11.74.

Tecnica de BROCA. Primera incision transversal (inferior) que enmarca en su parte central el orificio de la fistula. Aislamiento y diseccion hacia arriba y adentro de un trayecto fistuloso que sigue el borde anterior del esternocleidomastoideo en unos 20 m.m. Se efectua segunda incision transversal (superior) y desde ella se exterioriza la fistula ya disecada. Se continua la diseccion notando el cambio brusco del trayecto que se dirige hacia adentro cruzando el area del triangulo de FARABEUF, para alcanzar la pared lateral de la faringe donde termina. En este punto es ligada y extirpada. Cierre por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomo-Patologico.

Presencia de un trayecto fistuloso revestido por epitelio plano estratificado de caracteres normales que se continua directamente sin linea de demarcacion precisa del epitelio que forma la epidermis de la piel. Mas profundamente hay tejido adiposo y musculo estriado. Diagnostico, Pequeña fistula branquial de la region cervical derecha.

Jucio Clinico definitivo;

Diagnostico Clinico, Fistula Branquial

Diagnostico Operatorio, Fistula Branquial

Diagnostico Anatomo-Patologico, Fistula Branquial

H^a C^a N^o 55
J.F.B.
Sexo varon
Edad 2 años
27.9.74

Desde el nacimiento le nota una tumoracion en region anterior del cuello que no ha aumentado de tamaño. Presenta a la exploracion una tumoracion en linea media anterior cervical a la altura del hiodes del tamaño de una nuez, forma redondeada y consistencia solida. Poco desplazable manualmente, pero si a los movimientos de deglucion. La movilidad cervical es normal. La piel que la recubre es normal. Transiluminacion es negativa. No hay fenomenos de compresion ni signos reflejos. La exploracion faringea es normal. No hay infeccion ni fistula.

Intervencion Quirurgica. 11.11.74

Incision transversal sobre cara anterior del cuello que sigue el diametro transversal de la tumoracion. Diseccion con electrobisturí. Se encuentra una formacion quistica del tamaño de una nuez, localizada en region pre-hiodea y que en su cara posterior presenta adherencias muy intensas con el hiodes. Extirpacion de la formacion quistica con reseccion de la zona media central del hiodes. Se continua la diseccion en region supra-hiodea identificando en linea media continuacion del trayecto fistuloso, que llega hasta el foramen cecum. Se liga a este nivel y es extirpado. Reconstruccion por planos.

Post-Operatorio sin incidentes.

Informe Anatomico-Patologico.

Pared quistica muy delgada cubierta por epitelio plano cubico al cual permanece adhe-

ride material de tipo albuminoideo. En otro fragmento correspondiente a la propia pared, esta está algo engrosada y constituida esencialmente por tejido conjuntivo y limitando unas cavidades recubiertas por células cubicas llenas de material albuminoso. El examen del fragmento oseó, muestra un hueso de tipo compacto alrededor del cual se ve un tejido conjuntivo banal y en su seno una cavidad irregular recubierta por epitelio cubico en ocasiones poliestratificado. Diagnostico, Quiste del conducto tirogloso.

Juicio Clínico definitivo:

Diagnostico Clínico, Quiste tirogloso

Diagnostico Operatorio, Quiste y Fístula tiro-glosos

Diagnostico Anatomo-Patológico, Quiste tirogloso

-----ooo000ooo-----

EMBRIOLOGIA

=====

Un perfecto conocimiento de los procesos embrionarios que han de verificarse en region cervical para llegar al desarrollo organico normal es imprescindible, aunque lo sea de forma esquematica, para intentar entender cual es la genesis de las entidades clinicas de que nos estamos ocupando.

Los quistes y fistulas congenitos del cuello tienen su origen en un anormal desarrollo de esta region y como sucede tantas veces en el gran grupo de las malformaciones congenitas, determinada alteracion dará lugar siempre a similar anomalia y esta determinada alteracion va a condicionar la clinica, la anatomia microscopica y macroscopica, y lo que es mas importante va a condicionar igualmente el tratamiento, que siendo quirurgico ha de ser tributario de una tecnica determinada, se ha de verificar en una region determinada, y en la que habrá que seguir los mandatos imperiosos dictados por un conocimientos exacto del proceso embriologico que produjo la malformacion.

A este fin vamos a dedicar un capitulo a la embriologia normal y patologica del cuello en relacion con el grupo de entidades clinicas denominadas quistes y fistulas congenitos de esta region.

Quistes Dermoides y Epidermoides

=====

Originados por restos de ectodermo primitivo en zonas de fusion de hendiduras fetales. Aparentemente tienen una relacion muy estrecha con los teratomas. Para DARGEON los dermoides estarían derivados de elementos ectodermicos y mesodermicos y los epidermoides solamente de ectodermicos. Son quistes congénitos. FEVRE-HUGUENIN los definen como disembrionomas mixtos por inclusion o enclavamiento de elementos ectodermicos. Esta inclusion se efectua durante el desarrollo embrionario localizandose en linea media o en todo caso como hemos dicho anteriormente a lo largo de lineas de fusion. Las numerosas posibilidades de enclavamiento de estos restos a lo largo de la linea media cervical anterior está perfectamente claro de acuerdo con el desarrollo embrionario de esta region del que a continuacion vamos a hablar, ya sea en la linea de soldadura de los arcos mandibulares o en la formacion del campo mesobranquial y sobre todo en la linea de fusion del sinus precervical. Los quistes de localizacion supra-esternal provienen posiblemente de la segunda hendidura , y su enclavamiento se efectua a nivel del borde inferior del proceso opercular. La deflexion de la cabeza explica su situacion baja.

Quistes y Fistulas del Conducto Tirogloso

=====

Nos ocuparemos sucesivamente, aunque de forma esquematica, del desarrollo de la lengua, tiroides y esqueleto cartilaginoso anterior del cuello, que nos conducirá a un claro entendi-

miento de los problemas que plantea la persistencia total o parcial del conducto tiro-gloso.

Lengua

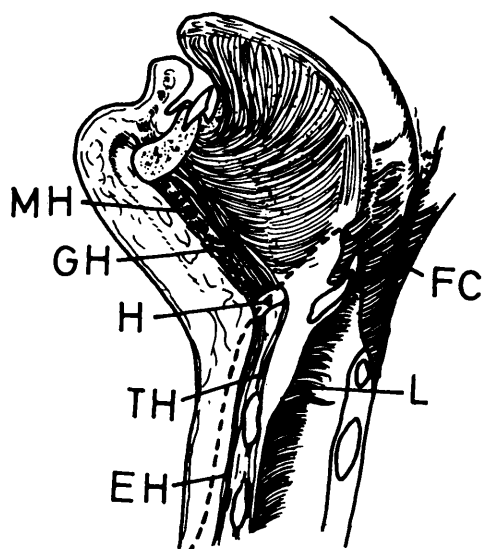
En la cuarta semana del desarrollo aparece una tumoración mediana (tuberculo impar) y dos tumoraciones laterales originadas en el primer arco branquial. Los dos esbozos laterales y el tuberculo impar se fusionarán para formar la lengua, mejor dicho, para formar los dos tercios anteriores de este organo, derivados como vemos del primer arco branquial siendo su nervio sensitivo el trigemino.

El sulcus terminalis o futura V lingual forma el limite anterior del tercio posterior. Se desarrolla a partir del segundo, tercero y parte del cuarto arcos branquiales. La representacion sensitiva mucosa del facial desaparece en el curso del desarrollo, pasando la inervacion al dominio del glosofaringeo, mientras que toda la parte caudal de la lengua depende del laríngeo superior, nervio del cuarto arco branquial.

Tiroides

En la zona de fusion de los tres esbozos antedichos que constituirán la lengua, entre el tuberculo impar, cuerpo de la lengua y la cupula y la base, aparece durante la tercera semana fetal, aproximadamente el dia diecisiete (embrion de 2m.m.), una proliferacion endodermica del suelo de la faringe primitiva, en un punto que mas adelante estará marcado por la papila caliciforme en la cupula de la V lingual. Recordemos que el tuberculo impar será el foramen cecum.

Esta proliferacion celular que constituirá el primordium tiroideo es una estructura en situacion mediana y que se proyecta en direccion caudal entre el primero y segundo arcos branquiales en el llamado campo mesobranquial, desarrollandose delante de la traquea, para formar el tiroides. La multiplicacion o proliferacion celular producirá un crecimiento de esta estructu-



ra y se bilobula. Al final del primer mes la masa bilobulada permanecerá en conexión con la pared faringea mediante una fina estructura tubular con revestimiento epitelial denominada con-

Fig. 1

Conducto tiro-gloso y se relacion con las estructuras vecinas. FC foramen cecum. GH geniohiodeo. H hioides. L laringe. MH milohiodeo. EH esternohiodeo. TH membrana tirohiodea. LINEA DE PUNTOS, conducto tirogloso.

ducto de BOCHDALEK, inicio de lo que será

La futura constitucion de la glándula tiroides se deberá a tres formaciones, la masa bilobulada central descrita y dos laterales derivadas de la paratiroides, originadas quizas a su vez de una eva-

ginacion de la cuarta bolsa faringea, pero para ello la masa medio central deberá efectuar un movimiento en direccion caudal, es decir un descenso, durante el cual nunca perderá su conexion superior.

Este descenso o migracion en direccion caudal se efectuará por elongacion de la estructura representante del futuro tiroides que desde su punto de origen sigue la linea media del cuello, para pasar precisamente por medio de las dos porciones que derivadas del tercer arco branquial y uniendose en la linea media constituirán el cuerpo del hiodes, continuando por delante de la faringe y de los cartilagos laríngeos hasta alcanzar su sitio definitivo, pero una vez llegado al cartilago tiroides se desvia ligeramente hacia la izquierda y continua su migracion caudal hasta un nivel aproximado que corresponde al segundo anillo traqueal.

Al descender y no perder nunca su conexion superior con el foramen cecum, va dejando tras de sí una formacion cordonal que mas tarde se canaliza, teniendo una estructura tubular tapizada por epitelio cilindrico. Su parte mas baja, es decir la conexion tiroidea está unida a nivel del istmo por intermedio de la piramide de LALOUTTE.

Hacia la mitad del segundo mes el desarrollo del hueso hiodes, es decir la union en linea media de las formaciones laterales a que ya hemos aludido, divide el conducto tirogloso en dos porciones, una superior y otra inferior. Hemos de volver pronto sobre estas relaciones del conducto tirogloso con el hiodes.

Pronto acaece el adelgazamiento, perdida de su luz y regresion y desaparicion total del conducto tirogloso, si los procesos embrionarios transcurren normalmente. No hay una gran precision sobre en que momento del desarrollo ocurre esta regresion del conducto, mientras algunos autores insisten en que ocurre en la cuarta semana, otros opinan que se efectua en la quinta, lo que corresponderia al embrion de 7 m.m. GROB da la fecha de la octava semana como culminacion de este proceso regresivo.

Pero cuando el conducto tirogloso persiste ya total o parcialmente, se produce un quiste cuya situacion puede variar desde el nivel del cuerpo tiroi-des hasta la base de la lengua, habiendose dado a estos ultimos el nombre, creemos inapropiado, de bocios sublinguales de BOCHDALEK y a unos y otros por FEVRE el nombre de quistes tiroideos. Teoricamente si el conducto permanece abierto abocaria a piel constituyendo una fistula. Cuando comentemos los hechos clinicos hemos de volver sobre este asunto, pues posiblemente las fistulas tiroglosas primitivas o no existen o son excepcionales, siendo lo mas frecuente que sean secundarias a la apertura en piel de un quiste infectado. Al menos en nuestros casos, tan solo en uno (Obs.38) hemos podido considerar la posibilidad de fistula primitiva.

Importa por ultimo señalar el hecho de que la glandula tiroides puede no descender del todo, y desarrollarse en algun punto a lo largo de todo el conducto que significa su camino normal de migracion caudal,

pudiendo o bien existir tiroides accesorios o un verdadero tiroides ectopico. Este hecho cobra una gran importancia en clinica, sobre todo en el momento operatorio, ya que podriamos efectuar una extirpacion de un tiroides ectopico pensando que se está realizando una extirpacion de un quiste tirogloso.

Esqueleto anterior del cuello

El hueso hiodes y los cartilagos laringeos derivan de los segundo, tercero cuarto y quinto arcos branquiales. El tracto tirogloso que se situa detras del primer arco, pasa siempre por delante de los elementos originados en los arcos siguientes, en particular por delante del hiodes, de la membrana tirohiodea y del cartilago tiroides. Pero las modificaciones morfologicas del crecimiento del hueso hiodes vienen a complicar las relaciones, llevando una parte del conducto tirogloso por detras del hiodes. Esto es debido a que en el momento en que los esbozos laterales del hiodes en su camino hacia la linea media cervical se entrecruzan con el conducto tirogloso, sin que hasta el momento se conozca con exactitud en que modo lo hacen. Es posible que este entrecruzamiento sea unas veces pre-hiodeo contorneando el hueso, otras transhiodeo o post-hiodeo e incluso coexistir ambas, pero siempre mediante unas intimas relaciones entre el hueso y el conducto.

Linea media cervical

La falta de fusion en la linea media cervical, que se ha de realizar por la union de los arcos branquiales laterales, da lugar a una anomalia rela-

tivamente rara. Nosotros no tenemos ningun caso. Esta fisura medio cervical suele extenderse desde el hiodes a la region supraesternal. El defecto afecta a la piel y al tejido celular sub-cutaneo. Puede ser origen de fistulas favorecidas por la flexion del cuello y cabeza que primitivamente estan aplicadas a la region toracica. Por inclusiones celulares esta fisura mediana puede dar lugar a quistes dermoides.

Fistulas y Quistes Branquiales =====

Su origen ha sido y es muy discutido. Su origen branquial es el mas admitido segun la teoria de RABL (ELLIS), sin embargo no faltan partidarios que afirman que son estructuras originadas en vestigios timicos, idea sustentada por WENCLOSKI. Como veremos mas adelante es muy posible que ambas partes tengan razon y que existan fistulas laterales del cuello de ambos origenes, como parecen demostrarlo los trabajos de DUEÑAS BARRIOS y MARI MARTINEZ. La idea de que su origen sea probablemente adquirido mas que congenito fué sustentada por KARLAN. No parece verosimil e igual que la teoria de HENZEL que afirma serian originadas por "inclusiones epiteliales contenidas dentro del tejido linfoide".

El aparato branquial se desarrolla en la tercera o cuarta semana de la vida fetal y desaparece al final del segundo mes, siendo en el embrion de 5 m.m. donde presenta su maximo desarrollo. La porcion cefalica o anterior del intestino primitivo constituye la faringe. Esta faringe primitiva va disminuyendo en anchu-

ra de arriba a abajo, este es en direccion craneo caudal. En sus zonas laterales se originan una hendiduras en la parte interna y otras hendiduras en la parte externa.

Conviene detenernos algo en este punto, ya que los problemas que plantean estas hendiduras, aunque intentados explicar por los diversos autores de forma similar muchos de ellos utilizan una denominacion diferente de las diversas estructuras con lo cual se ha creado una logica confusion. Veamos pues, en este orden de ideas una forma diferente de expresar la aparicion del aparato branquial.

En el embrion muy joven de unos quince dias se presentan en la zona donde el cuello va a formarse una serie de pliegues o dobleces. Estos pliegues o dobleces que hemos de denominar arcos branquiales, van a constituir el amazon del aparato branquial del embrion que se desarrollará durante la segunda, tercera y cuarta semana.

Otra forma de explicar el origen embriologico de esta region sería describir las cosas de modo inverso. Se originarian unas hendiduras, internas y externas con la aparicion entre ellas de unos arcos, los arcos branquiales. Pero si consideramos lo dicho en primer lugar de que todo el amazon del aparato branquial del embrion reside en los arcos branquiales, de origen mesodermico, logico es atribuir a la formacion de los arcos la aparicion de las hendiduras branquiales y no a la inversa.

Estos cinco arcos branquiales son bilaterales. Luego veremos que los autenticamente significativos son los tres primeros. Estan constituidos cada uno por una

masa muscular y cartilago, un nervio y una arteria. Esta arteria es una rama aortica y suele recibir la denominacion de arco aortico. Con la degeneracion posterior de los arcos branquiales estos vasos sufren cambios regresivos, pero ciertas porciones de estos canales arteriales persisten y representan un sistema vascular.

Las hendiduras externas e internas no comunican entre si, estando separadas por una membrana tapizada en su lado externo por epitelio escamoso de origen ectodermico y en su lado interno por epitelio ciliado de tipo respiratorio de origen endodermico. En la raza humana la membrana divisoria no se rompe en ningun momento en condiciones normales, aunque algunos autores creen que la membrana divisoria de la segunda hendidura ocasionalmente se perfora.

Las hendiduras son mucho mas pronunciadas en su lado interno o faringeo que en su lado externo que podriamos llamar cutaneo. Como deciamos antes existe cierto confusionismo sobre la denominacion de estas hendiduras. Como nombre mas aceptado figura el de bolsas faringeas para las internas, pero tambien algun autor las llama bolsas viscerales (MACKAY). En cuanto a las externas debemos denominarlas siguiendo el sentir general, fisuras branquiales, aunque el mismo autor arriba citado la llama hendiduras o fisuras viscerales.

Estos surcos o hendiduras y que insistimos en decir que sus extremos internos y externos estan separados por una membrana son cuatro por cada lado y sirven de division a cinco zonas de tejido ya conocidas de nosotros

con el nombre de arcos branquiales. Fundamentalmente nos interesa la descripción de los tres primeros arcos branquiales y sus hendiduras de separación. Aconsejamos seguir esta descripción con ayuda de las figuras incorporadas al texto.

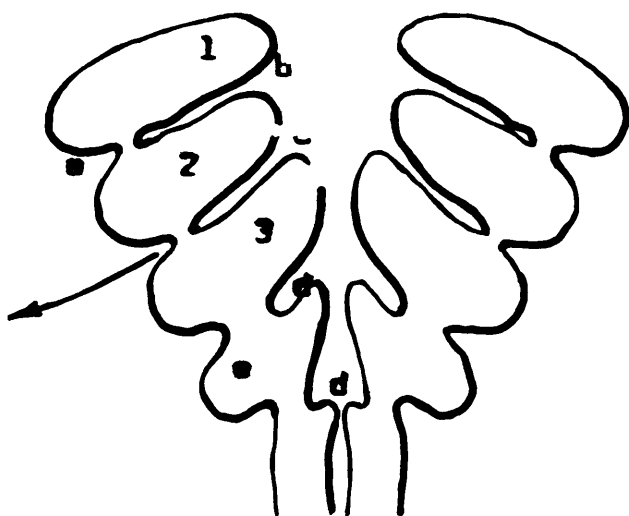


Fig. 2

-
- 1- arco primero, maxilar inferior., region amigdalina.
a- conducto auditivo externo. b- trompa.
 - 2- arco segundo. carotida externa, pequeña tuberosidad del hioides. VII par. c- fosita de ROSENMULLER
 - 3- arco tercero, carotida interna. gran tuberosidad del hioides; amígdala tubarica. IX par.
de timo, e- laringe superior, d-fundus, glandula accesoria del tiroides. Según OMBREDANNE.
-

Las hendiduras que separan los arcos branquiales han sido comparadas a las fisuras que en los selacios (1) sirven de comunicacion entre la cavidad faringea y el exterior y han sido denominadas por esta razon hendiduras branquiales.

El primer arco branquial o arco mandibular está regado por la arteria maxilar externa, su nervio es la ra-

(1) Selacios o Elasmobranquios.

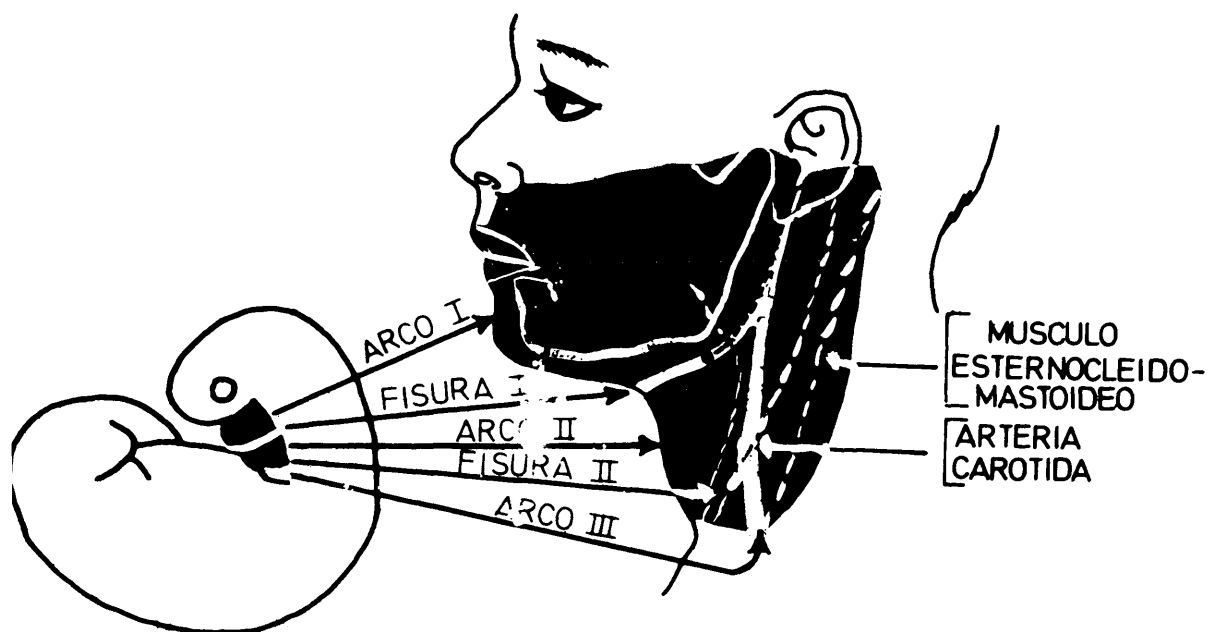
Orden de peces marinos de la subclase de los condricthineos. Su esqueleto es cartilaginoso. (Tiburones o escualos. Rayas y lijas)

ma mandibular del trigemino y constituirá además de la región palatina, parte de la cara que incluye la mitad externa del labio inferior, la mejilla y el maxilar inferior, siendo el cartilago de MECKEL situado dentro del primer arco el precursor del hueso mandibular. Además tres nodulos derivados de este mismo arco formarán el trago y la mitad anterior del lobulo de la oreja. Los sinus pre-auriculares y aquellos sinus que se extienden hacia abajo y hacia adelante desde la oreja son considerados en relacion con el primer arco. Mas adelante volverenos sobre este problema.

Siguiendo en direccion caudal nos encontramos con la primera hendidura que permanece permeable en parte, teniendo en su lado interno la primera bolsa faringea que en el futuro será la trompa de Eustaquio y dará lugar al oido medio y a las celulas mastoideas. En su lado externo tendremos la fisura branquial primera que constituirá el conducto auditivo externo. La membrana que separa la bolsa faringea primera de la hendidura branquial constituirá la membrana del timpano.

La posicion de la primera hendidura, podría estar indicada por una linea que iría desde el conducto auditivo externo, rodeando por abajo el angulo de la mandibula a un punto justo por encima del hioides. Si la primera hendidura permaneciera totalmente abierta habría un defecto que seguiria la linea indicada terminando en un punto ligeramente anterior al angulo mandibular.

Los quistes y fistulas situados en la parte su-



ORIGEN DE DIFERENTES AREAS DE
CUELLO Y CARA EN RELACION CON LOS
ARCOS Y HENDIDURAS BRANQUIALES

Fig. 3

perior y lateral del cuello se deben a una alteracion en el cierre de la primera hendidura branquial y puede comunicar con el conducto auditivo externo. Existe poco conocimiento sobre las malformaciones derivadas de la primera hendidura. Sabiendo que la primera bolsa y hendidura conducen a la formacion de la trompa de Eustaquio y al conducto auditivo externo, es logico pensar que cualquier sinus persistente que comunique con alguna de estas estructuras debe originarse en la primera hendidura. GROSS cita el caso de un niño con un orificio externo cutaneo justo por debajo de la mandibula, su diseccion condujo hacia arriba y atras hasta alcanzar el conducto auditivo externo, probablemente representaba una irregularidad en el desarrollo de la primera hendidura.

El segundo arco branquial o arco hiodeo está regado por la carotida externa , siendo su nervio el facial. A partir de él se desarrollaran la zona correspondiente a la parte alta y anterior del cuello y el asta menor del hiodes, así como tambien la apofisis estiloides. Participa en el desarrollo de las diferentes porciones del oido en combinacion con el primer arco branquial. Ya vimos anteriormente que el primer arco branquial poseia tres nodulos que formarian el trago y la mitad anterior del lobulo de la oreja (helix). A su vez tres nodulos derivados del segundo arco darán lugar al ante-helix y al ante-trago. Se derivan pues, del segundo arco branquial las porciones bajas y posteriores del pabellon auricular. Parece logico que los sinus que se abren desde la oreja o justo enfrente de ella se produzcan a causa de una incompleta fusion de estos seis lobulos de los dos primeros arcos branquiales.

El segundo arco branquial experimenta un considerable crecimiento en direccion caudal, cayendo como un operculo sobre los otros arcos recubriendo el tercero y cuarto, constituyendo de este modo una cavidad en el fondo de la cual se encuentra la segunda hendidura branquial. En los peces este operculo constituye la membrana branquial.

Los sinus y quistes mas bajos que los pre-auriculares hemos de considerarlos en relacion con el segundo arco branquial. En aquellos casos en los que existe un lobulo cutaneo pequeño conteniendo cartilago en su



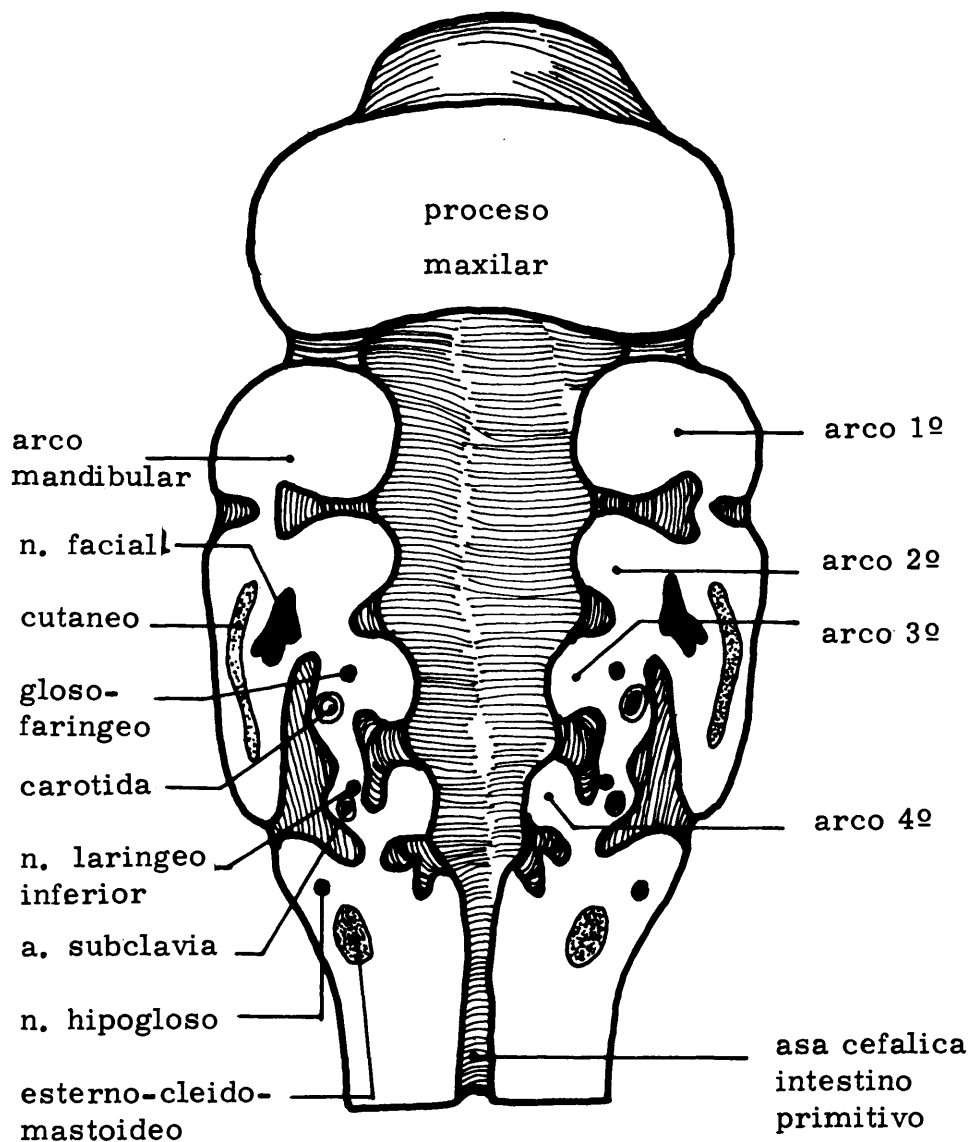
interior localizados en el triangulo anterior del cuello, deberian tener cierta relacion con el sistema de arcos branquiales y podrian representar la persistencia de una formacion cartilaginosa que es normal en el sistema branquial de los peces.

La segunda hendidura branquial en su parte externa constituye un sinus ciego destinado normalmente a obliterarse y en su parte interna (bolsa faringea segunda) la fosita de ROSENMULLER, que representa una derivacion lateral del intestino primitivo (cefalico), en cuya pared dorsal se desarrolla la amigdala palatina

Esta segunda hendidura corresponde a una linea que va desde la fosita de ROSENMULLER situada en la faringe en contacto con la amigdala tubarica, hasta el borde anterior del esternocleidomastoideo, explicando esto la frecuencia con que la segunda hendidura fistulizada se abre a lo largo del borde anterior de este musculo, mucho mas abajo que los posibles orificios de fistulizacion correspondientes a una proyeccion anterior de un trastorno de fusion de la primera hendidura. La falta de fusion de la segunda hendidura daría lugar a una abertura que expondria la base de la tonsila y que corriendo hacia abajo acabaría exteriorizandose, como ya hemos dicho en un punto a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo, en una zona proxima al tercio inferior de este musculo.

El crecimiento exagerado del segundo arco branquial del que venimos hablando, al desarrollarse a mas velocidad de los que tiene mas abajo y fusio-

narse con el quinto arco, cierra un espacio tapizado por epitelio escamoso denominado sinus cervical. Este espacio normalmente ha de obliterarse completamente en el curso normal del desarrollo, sino lo hace dará lugar a una fistula lateral cervical que conocemos con el nombre de fistula branquial.



Embrión de cinco semanas

Se deduce facilmente que la fistula cervical desarrollada a partir de la segunda hendidura debe seguir un curso entre la carotida interna y la externa. Su extremo interno, lo que fué primitivamente segunda bolsa faríngea debe corresponder a la fosa tonsilar. Esto coincide con lo que encontramos en el acto operatorio. En aquellos casos en los que existe un tracto completo el orificio interno se localiza normalmente cerca de la base de la tonsila y a lo largo del pilar posterior tonsilar. Los casos mas frecuentes de fistulas y quistes laterales del cuello son precisamente los derivados de un trastorno evolutivo de la segunda hendidura branquial, localizados como corresponde a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo en su desembocadura exterior, que corresponde entonces al borde del triangulo formado por el proceso opercularis. Su desembocadura faríngea se encuentra por debajo de la amigdalina palatina, lo que evidencia la anomalia por el lado interno de la segunda bolsa faríngea, y por esta tan cerrada connexion con la alteracion embrionaria el trayecto de estas fistulas laterales transcurre entre la apofisis mayor y menor del hioides y lo que es mas importante, entre la carotida interna y externa hasta alcanzar la pared lateral de la faringe.

El tercer arco branquial o arco tiro-hioides, está regado por la carotida interna, siendo su nervio el glosofaríngeo y constituirá la amigdalina faríngea y el ala mayor del hioides, que fusionandose con la misma estructura del lado opuesto formará el cuerpo del hioides. Es el mas largo y estrecho de los tres arcos descritos.

La tercera hendidura tiene en su lado faríngeo relaciones con el futuro timo. Su extremo externo de- de desaparecer. La línea de la tercera fisura no puede ser separada de la de la cuarta y juntan podrían estar indica- das desde un punto existente en el borde posterior del es-

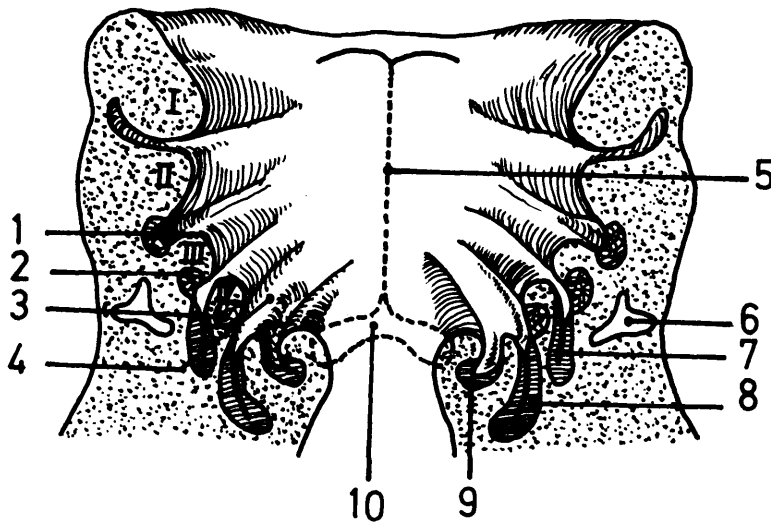


Fig. 5

I-II-III-IV arcos branquiales. 1- tonsila. 2-paratiroides inferiores. 3-paratiroides superiores. 4- conducto comun de la cuarta y quinta bolsa. 5- conducto tirogloso. 6-seno precervical. 7- esbozo principal del timo. 8- esbozo accesorio del timo. 9- ultimo cuerpo branquial. 10-esbozo tiroideo mediano.

terno-cleido-mastoideo a un punto situado a unos dos y medio centímetros de la horquilla externa. Parece ser que en la saculacion vebtral de la tercera bolsa faríngea (hendidura tercera lado interno) se originaria el timo. Al final de la sexta semana cortarí sus conexiones con la bolsa faríngea y comenzaría a emigrar en direccion caudal y media del cuello. La luz de estas estructuras, pues son tubulares, se oblitera por proliferaciones epiteliales

durante la septima semana. En la novena semana se fusionan parcialmente y descienden al mediastino anterior. Durante este descenso vestigios del tejido timico pueden quedar anclados a lo largo de su ruta cervical pudiendo dar origen a quistes de origen timico. De los casos descritos un sesenta y nueve por ciento se localizan en region cervical. (BARRICK y O'KELL)

WENGLOSKI sostuvo que las fistulas cervicales no se derivarian de los arcos branquiales sino que su origen seria timico. La formacion que constituiria el futuro timo seria una estructura elongada que se extiende hacia abajo y adelante desde la tercera bolsa faringea como ya dijimos en el parrafo precedente. GROSS y SHEDDEN indican claramente que hay muy poco apoyo para la teoria de WENGLOSKI. La constancia de localizacion de las fistulas cervicales en relacion con lo que deberia ser el curso de las hendiduras branquiales superiores nos fuerza a creer que estos defectos congenitos representan una persistencia de estas mismas estructuras altas. Un tracto derivado de la tercera hendidura tendria un trayecto postero-inferior al glossofaringeo que corre por el tercer arco. Nunca se ha podido encontrar en la intervencion quirurgica una fistula que corra detras de este nervio o al menos, en un apreciable numero de casos. Si una fistula se desarrollara a partir de la tercera bolsa haria que su trayecto fuera ademas lateral a las carotidas, cosa que tampoco es comun encontrar.

El cuarto y quinto arco branquiales no tienen nombre especial estando el cuarto regado por la futura

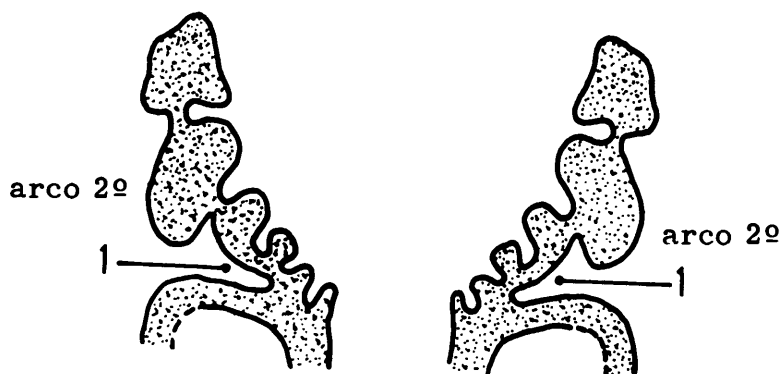
subclavia en el lado derecho mientras que en el izquierdo su sistema de irrigacion corresponderia al futuro arco aortico. El conocimiento embrionario de estos arcos es un tanto confuso. Si admitieramos que una fistula pudiera derivarse de la cuarta o quinta hendidura sería necesario que su trayecto pasara por debajo de la correspondiente rama arterial o sus derivadas, como hemos dicho antes, la subclavia o el arco aortico segun sea derecho o izquierdo. Sin embargo ninguna fistula ha podido ser encontrada en esta posicion. El cuarto y quinto arco branquial y sus hendiduras pueden ser eliminados como responsables de la formacion de fistulas cervicales.

En la prectica nos interesa fundamentalmente para nuestra descripción los tres primeros arcos y las tres primeras hendiduras y con un criterio aún mas restrictivo, las hendiduras primera y segunda. Este criterio restrictivo está muy bien expresado por DUHAMEL que dice "los quistes y fistulas branquiales representan un vestigio de la segunda hendidura branquial".

Sin embargo, antes de seguir adelante apresuremonos a decir que hemos relatado unos hechos, que pudiera ser que fueran unos esquemas embrionarios falsos al menos en parte, pero desde luego muy utiles para la compresion de estos problemas. Como ya vimos, en el curso del desarrollo del segundo arco branquial, este crece mucho mas rapidamente que los que tiene mas abajo por lo que los sobrepasa y acaba fusionandose con el quinto cerrando un espacio tapizado por epitelio escamoso denominado "sinus precervical. Este espacio debe obliterarse cuando las cosas

suceden normalmente.

En el fondo de este espacio o cavidad así constituido nos encontramos con la segunda hendidura branquial, siendo su borde posterior el musculo esternocleidomastoideo. De persistir comunicacion con el exterior lo será por un orificio situado en la zona correspondiente al borde anterior del musculo citado, orificio que sería comun para



Evolución del aparato bronquial. El arco 2º crece y cae sobre los inferiores y queda el sinus precervical (1)

Fig. 6

la persistencia de las hendiduras branquiales segunda, tercera y cuarta, por lo que por su orificio cutaneo nuna podremos diferenciar de la que se trata.

Parece ser que la mayor parte de las fistulas branquiales corresponden a la persistencia de la hendidura o fisura branquial segunda, que sería un sinus cutaneo ciego o una fistula total con extremo interno faringeo, si existiera perforacion de la membrana que se-

para la bolsa faringea (interna) de la fisura o hendidura branquial (externa). Esta perforacion es debida a una insuficiencia de los procesos de mesodermizacion y vascularizacion de esta membrana tapizada en la parte externa por epitelio cutaneo y en la parte interna por epitelio faringeo. El extremo interno se abrirá en la depression supraamigdalina y en su trayecto pasaría necesariamente entre la carotida interna y la externa.

Es tambien necesario que insistamos en las relaciones entre las bolsas faringeas y el timo. Las bolsas faringeas tercera y cuarta desaparecen pero antes de ello, dan lugar a unas formaciones en su parte superior y en su parte anterior. Las formaciones posteriores o dorsales darán lugar a los esbozos paratiroides. Las formaciones anteriores o ventrales darán lugar al timo. Seguiremos por considerarla muy util la descripcion de MARI MARTINEZ. Al formarse el timo se separa con él una parte de la luz faringea de la tercera bolsa que formará el ductus timofaringeo. Este conducto debe desaparecer pero si no sucede así y por reabsorcion de la membrana que lo separa de la fisura branquial tercera se abre al exterior, se formaría una fistula lateral del cuello que podría llamarse propiamente timo-faringea, que en su lado externo se abriría en la misma zona de los orificios correspondientes a la fistula de la segunda hendidura, pero que en su trayecto pasaría por delante del tronco carotideo, tal como hemos indicado al efectuar la descripcion de la tercera hendidura y en su lado faringeo se abriría por detras de la amigdala y repetimos que tendria que seguir un curso

postero-inferior al glosofaríngeo. Vemos como en estos casos podrá aplicarse la teoría de WENGLOSKI. Sin embargo repetimos una vez mas que esta teoría no está corroborada por los hallazgos operatorios.



Trayecto de la fistula bronquial

Por delante del estérno-cleido-mastoideo y entre ambas carótidas y por encima del hipogloso y alcanzar la pared lateral de la faringe

Fig. 7

Los quistes se originarian por un enclavamiento celular durante el cierre de las hendiduras (teoría del enclavamiento de VERNEUIL). Cuando parte de una hendidura no se oblitera, su epitelio continua segregando y un quiste se forma lentamente. El quiste se origina mas frecuentemente en la segunda hendidura aunque no hemos de descartar la posibilidad de un origen de primera hendidura o de tercera. La patogenia de estos quistes explica su diversidad, se admite en general que son resultado de inclusiones en las hen-

diduras externas, particularmente la segunda. Por este lado externo, serían quistes branquiales sin olvidar que en algunos casos podrían tener una estructura dermoide. Por su lado interno (bolsa faríngea) darían lugar a quistes faríngeos, pero quizás este concepto divisional será mas un concepto anatomo-patológico que clínico como veremos mas adelante.

Podríamos resumir todo lo dicho en la siguiente forma:

- 1º La persistencia de una fisura branquial daría lugar a un sinus cutáneo ciego.
- 2º La persistencia de una fisura branquial y bolsa faríngea daría lugar, si hubiera reabsorción de la membrana de separación que es el hecho frecuente, a una fistula branquial completa con orificio cutáneo y faríngeo.
- 3º La persistencia solo de una bolsa faríngea originaría un sinus ciego interno con abocamiento a faringe.
- 4º El enclavamiento celular podría dar lugar a un quiste, que puede participar de la estructura parietal de la bolsa faríngea o de la hendidura branquial o ambas.
- 5º Pueden coexistir ambas anomalías, es decir fistula completa o incompleta y quiste.
- 6º Aunque no son de interés para nuestro estudio es conveniente saber que a partir de restos embrionarios del aparato branquial, podemos encontrar tumores entre los que citaremos:
 - a) Fibrocondromas por persistencia anormal de ciertas partes de los arcos branquiales (cartilago).
 - b) Tumores mixtos comprendiendo a la vez, tejido epite-

lial y tejido cartilaginoso procedente de los arcos branquiales.

- c) Tumores malignos debidos a la evolucion neoplasica de los restos epiteliales enclavados en las hendiduras branquiales (ectodermo) y bolsas feringeas (endodermo).

Linfangiomas o Higromas Quisticos =====

Su origen no está totalmente aclarado. La mayor parte de los autores se inclinan a creer que se trata de una neoformacion del sistema vascular linfatico con origen en los vasos profundos del cuello (GROB). El linfangioma es para los vasos blancos lo que el angio- ma para los vasos rojos decia OMBREDANNE. Verdadera neo- plasia de origen linfatico lo llamaba LENORMYEN (citado por FEVRE-HUGUENIN). Para WILLIS representa un tejido embriologico ectopico, una malformacion vascular compa- rada al hemangioma, vemos que coincide con OMBREDANNE.

En 1.872 KOESTER sugirió por primera vez la posible derivacion de esta lesion del sistema linfatico, mas tarde confirmado por los estudios de SABIN. Este ultimo autor sostiene el origen linfatico y trata de apoyar su teoria en el desarrollo embrionario. Estudiando embrio- nes de cerdo en los laboratorios MALL, hizo un ciodado- so estudio de la embriologia del sistema linfatico (ha- ce resaltar la importancia de utilizar embriones frescos) y encontró (1.904) que el sistema linfatico se forma a partir de cinco linfaticos primitivos, cuyo origen se- ría venoso. En el embrion humano de dos meses nos encon-

tramos en la vena yugular una pequeña bolsa de tapizamiento endotelial, estructura par que se encuentra en ambos lados del cuello. Serían los sacos yugulares laterales linfáticos. Aproximadamente al mismo tiempo po-

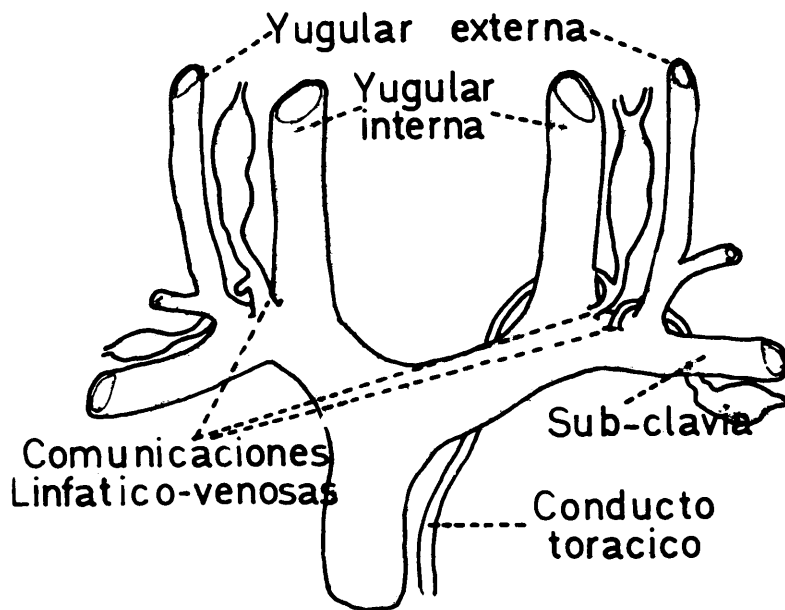


Fig. 8

Esquema mostrando la posición de los sacos linfáticos en el cuello y sus comunicaciones con el sistema venoso en un embrión de mono (macacus nemestrinus)

demos encontrar también otras estructuras similares, como son, un saco linfático retro-peritoneal en la raíz del mesenterio, y dos sacos linfáticos posteriores en relación con las ciáticas. Los sacos yugulares serían el origen de los linfáticos de la cabeza, cuello y brazos. Los de la cadera, espalda y piernas derivarían del par de sacos posteriores y los del mesenterio del saco retro-peritoneal.

Los sacos linfáticos primitivos originados en estas formaciones se unen formando un sistema anastomoti-

co que mas tarde adquiere una comunicacion permanente con varias venas. Tienen una considerable capacidad de crecimiento. Llegamos pues, a la conclusion de que estos linfangiomas o higromas quisticos están realmente derivados de los sacos linfaticos primitivos, iniciados como una bolsas de tapizamiento endotelial. La comprobacion clinica es evidente. Apenas se encuentran linfangiomas quisticos fuera de las zonas de localizacion de estos primitivos sacos linfaticos, e incluso su mayor frecuencia de localizacion cervical puede explicarse porque los sacos linfaticos yugulares son los primeros que se forman y los de mayores dimensiones.

En 1.913, DOWD (citado por SWENSON) publicó un trabajo con cuatro casos de higroma quistico del Hospital Roosevelt de Nueva York, haciendo tambien una revision de los casos publicados hasta aquella fecha (noventa y uno) con C.E. FARR, intercambiando tambien piezas y opiniones con MAC CLURE. En sistesis las conclusiones del clinio DOWD y del embriologo MAC CLURE fueron que el higroma quistico se origina en secuestraciones de porciones de los sacos linfaticos primitivos. BILL y SUMMER coinciden con estos ultimos autores en afirmar que todas estas malformaciones representan bloqueos del sistema linfatico.

HUNTINGTON se contrario a la idea del origen yugular (estudios hechos en el gato) y afirma que estos sacos linfaticos del cuello tapizados por endotelio, localizados en el cuello u otras porciones del tronco no se originan en el sistema venoso sino que serían primitiva-

mente mesenquimatosos, para despues de una fase de ramificacion y coalescencia unirse a los canales venosos.

KAMPMEIR, citado por RICKHAM, es tambien contrario como HUNTINGTON a la teoria de SABIN, demostrando que en el estadio de 9-12 m.m. del desarrollo del feto humano aparecen islotes mesenquimatosos en el reticulo de los grandes vasos venosos de la region cervical. Estos islotes se juntan para formar cavidades linfaticas las cuales se abren secundariamente en el sistema venoso y si estos linfaticos primarios fallan en su anastomosis con el sistema central, se produce el higroma quistico o linfangioma. Este higroma quistico crece a causa de que la linfa formada en los espacios quisticos no puede expulsarse fuera de ellos debido a una atrepsia de los vasos colectores principales. Esconocido que un higroma quistico (RICKHAM) aumenta de tamaño despues de inflamaciones de las estructuras vecinas. Esto debe atribuirse al hecho de que la inflamacion dificulta el transito de fluidos y la infiltracion de la linfa aumenta.

GOETSCH explica el crecimiento en la siguiente forma; Existirian unos cordones de celulas endoteliales que se insinuan entre las fibras musculares, nervios y el resto de las estructuras. Mas tarde estos cordones se canalizarán, habrá una acumulacion de un fluido parecido a la linfa que irá separando la pared y formará un saco endotelial. Durante este crecimiento se pueden englobar vasos, nervios y musculo, que se cubrirán de endotelio, quedarán separados del resto de los tejidos y

acabarán atrofiándose.

Saber cual de estas teorías es la correcta no es pertinente someterlo a discusión, dice GROSS. Para nosotros sería suficiente conocer, que existiendo acuerdo entre los embriólogos sobre la presencia de la yugular y otros vasos linfáticos en los fetos humanos, y teniendo en cuenta la posición de esas estructuras embrionarias y la similitud de la localización de los higromas, parece que deja poca duda de que una secuestración o inclusión de tejido de uno de ellos da lugar a una formación de tapizamiento endotelial conocida con el nombre de higroma.

SWENSON admite que aunque haya desacuerdo sobre los detalles embriológicos del higroma quístico, se está generalmente de acuerdo con las relaciones de las primitivas formaciones del sistema linfático con el higroma. Coincide con GROSS. No hay duda que representan una verdadera malformación congénita.

STRAFFON y BELTRAN, admiten ambos la teoría de SABIN, afirmando el primero de estos autores que el linfangioma quístico cervical se origina como el resto de los linfangiomas por un secuestro o involución de los tejidos constitutivos de los primitivos sacos linfáticos, o como anomalías de desarrollo embrionario en los espacios linfáticos. Por su parte BELTRAN los considera resultado de trastornos embrionarios también de estos sacos linfáticos primitivos. Vemos pues como STRAFFON Y BELTRAN, no solamente coinciden con la teoría de SABIN, sino que explican del mismo o análogo modo la génesis de estas malformaciones.

CLINICA =====

Quistes Dermoides y Epidermoides =====

Son mucho menos frecuentes que los tiroglosos, que FEVRE llama mucoides en oposicion a los dermoides. Se localizan en linea media cervical desde el suelo de la boca hasta la horquilla esternal. Raramente se observan en el nacimiento, pero aparecen en los primeros años de la vida quizás con mas frecuencia de los que se cree.

Es una tumoracion superficial y sin adherencias cutaneas. El quiste hace una prominencia redondeada u oval de eje vertical, extremo no comprobado en nuestros casos. Es blando depresible. En algun momento parece que sigue los movimientos de deglucion, pero con menos frecuencia que los tiroglosos, precisamente es esta una caracteristica que los diferencia, su ausencia de adherencias hioideas. Pueden infectarse aunque los hacen raramente. Como veremos, en uno de nuestros casos existió infeccion.

Entre nuestras observaciones tenemos cuatro casos de este tipo de quistes, todos ellos pertenecientes al sexo femenino. Tres fueron epidermoides

y correspondieron a tres niñas en las cuales el quiste apareció a la misma edad, tres años. Dos de los quistes (Ob. 17 y 46) tenían el tamaño de una nuez y el otro, (nº 50) el de una almendra. La localización de estos



Fig. 9

Ob. 42. Gran quiste dermoide sub-maxilar. Su parte superior sobre-sale por la base de la lengua

tras quistes a lo largo de la línea media cervical anterior, lo era a la altura del hioides o inmediatamente por debajo de este hueso. En los dos casos en que no existió infección, las características, curso y hallazgos operatorios sin relación con el hioides fueron análogas a la descripción general efectuada. En el caso con infección (nº 17)

por su localización, fistula secundaria y relación con el hioides comprobada en el acto operatorio nos indicaba claramente se trataba de un quiste

tirogloso. Sin embargo el diagnóstico histopatológico fue de quiste epidermoide.

Nuestro cuarto caso (Ob.42) corresponde a un quiste dermoide. Se trataba de una niña de doce años en la que aparece una tumoración quística de la base de la lengua del tamaño de un garbanzo y en el que en el espacio de dos semanas y con ausencia total de fenómenos infectivos crece hasta alcanzar las dimensiones de u-

na mandarina ocupando la region supra-hiodea y haciendo en ella prominencia, siempre teniendo como eje la linea media cervical anterior. No existe dolor, pero si dificultad a los movimientos normales del cuello y a la fonacion. La intervencion quirurgica se llevó a cabo por via suprahiodea sin ninguna dificultad no existiendo practicamente adherencias con la partes vecinas.

Quistes y Fistulas Tiroglosos =====

Edad

Forzosamente vamos a referirnos a su incidencia en la infancia unico periddo de la vida en que tenemos experiencia. Es muy interesante la opinion de GROSS que despues de afirmar que la mayoria de sus casos se refieren a niños menores de trece años, dice que no debe entenderse por eso que las anomalias del conducto tirogloso sean completamente un problema pediatrico, para acabar afirmando que la mayoria de las publicaciones sobre este asunto se basan en series de adultos

Dentro de la infancia y en la casuistica de este autor el treinta por ciento de los casos dieron sintomas antes del primer año de la vida y el cuarenta y cinco por ciento entre uno y cinco años. mientras en el quince por ciento restante lo hizo despues de esta edad. FEVRE por su parte en setenta casos operados encuentra como una rareza la presencia de la lesion antes de los dos años con un maximo de presentacion entre los nueve y los diez años. BELTRAN BROWN con una experiencia muy numerosa, ciento veinte ca-

sos, encuentra que la aparicion de disntomas durante el primer año de la vida significa el cincuenta por ciento de su estadística indicando que rara vez hacen su aparición en el recién nacido. Entre cinco y diez años tiene el treinta y cinco por ciento, y de diez a dieciseis años solo el dieciseis por ciento. MORALES FOCH de sesenta y un casos, solo tiene seis menores de un año, venticuatro mayores de esta edad y menores de cinco, venticuatro entre cinco a diez años y siete mayores de esta última edad y menores de quince. AGRA CADARSO en sus ventidos casos, todos comprendidos entre la edad de diez meses a diez años, cita a JUDG con una gran estadística procedente de la Clínica Mayo, que abarca igual a niños que a adultos con un total de trescientos ochenta y un casos, de los cuales ciento ochenta y uno, tenían menos de dieciseis años.

LACOMME con mas experiencia de adultos que de niños, no indica portcentaje pero afirma que el quiste mediano del cuello en la "mayoría" de los casos aparece en el joven, en el curso de las dos primeras décadas de la vida e incluso aún admitiendo que quizás pueda verse en el recién nacido, continúa diciendo que ni los pediatras, ni los cirujanos pediátricos, LACOMME es otorrinolaringólogo, "Nunca presentado algun caso en recién nacido", y añade que frecuentemente aparece mucho mas tarde, citando uno de sus enfermos que tenía cincuenta y ocho años.

Por nuestra parte de un total de venticuatro casos la edad de aparición del primer síntoma, practicamente siempre la tumoración, es algo mas temprana que en las estadísticas citadas. En niños menores de un año te-

tenemos cinco casos, de los cuales en dos (Ob. 53 y 55) la aparición de la tumoración corresponde al periodo neo-natal,

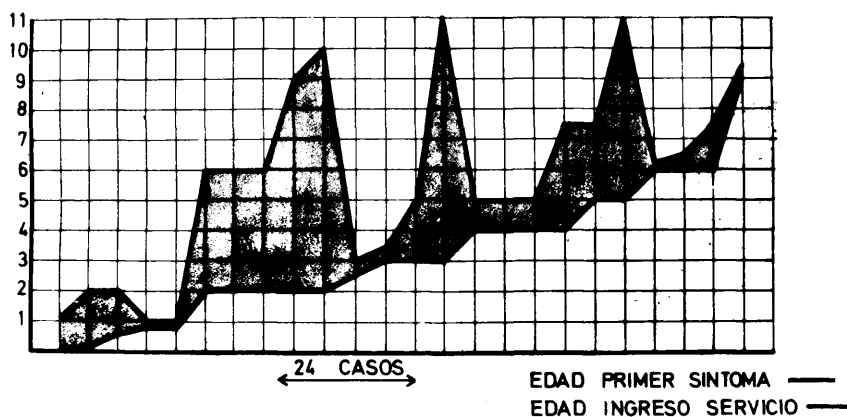


Fig. 10

Edades en 24 casos de malformaciones del conducto tirogloso

tal, veinte por ciento, aproximadamente menores de un año, GROSS treinta por ciento. En el grupo entre uno y cinco años sin duda el mas numeroso tenemos trece casos, correspondiendo a un cincuenta

por ciento largo, GROSS un cuarenta y cinco. Por fin en mayores de cinco años, seis casos, comprendiendo cinco a las edades de cinco a las edades de cinco y seis años y solo uno de nueve años (Ob. 43) que es nuestro caso mas tardio. Estos ultimos casos suponen un venticinco por ciento de nuestras series.

Nuestros datos no coinciden como vemos con lo expuesto por LACOMME. Sin embargo es efectivo pensar que en edades tardias si se tiene en cuenta el momento en que el enfermo es visto por primera vez, ya que suelen acudir al medico en muchos casos bastante tarde despues de la apari-

ción de los síntomas. En el gráfico que acompaña al texto (Fig. 10) puede verse perfectamente este extremo referido a nuestros venticuatro casos.

Sexo

No existe o al menos no se consigna en la mayoría de las publicaciones este dato. Tan solo GROSS indica una frecuencia mayor del sexo masculino. Nuestros casos coinciden con los de GROSS. Tenemos una clara predominancia del sexo masculino sobre el femenino. De venticuatro casos, catorce corresponden a varones y diez a hembras, lo que representa un cincuenta y ocho coma tres por ciento para el sexo masculino y un cuarenta y uno coma siete para el femenino.

Situación

Si recordamos su origen, restos vestigiarios del conducto tirogloso, forzosamente han de encontrarse en cualquier punto de la línea media cervical anterior desde el arco sub-mental hasta la horquilla esternal, mas comunes en la región hiodea.

La localización mas frecuente es la sub-hiodea aunque pueden encontrarse en situación supra-hiodea o mas raramente en la base de la lengua, e incluso en los denominados intra-orales justamente a nivel del foramen cecum . Situados como vemos en la línea media cervical anterior con preferencia en la región infrahiodea entre el hiodes y el borde superior del cartilago tiroides en un espacio que podríamos llamar tirohiodeo. Dentro de esta si-

tuacion medio central hay casos con una ligera lateralizacion, sin que esto los aparte de su situacion central. Su posicion es relativamente profunda bajo los musculos infrahiodeos y adheridos al hiodes, estando limitada su expansion en profundidad por la membrana tiro-hiodea que limita su desarrollo posterior, efectuandolo hacia adelante presionando los musculos infrahiodeos hacia las partes blandas de la region anterior del cuello. En algun caso puede encontrarse el quiste mas bajo que el cartilago tiroides e incluso en el cuerpo tiroides. FEVRE cita una de sus observaciones, niño de cinco años en el que el quiste alcanzaba la piramide de LALOUTTE y otro en el que el quiste se encontraba en pleno tejido tiroideo. Todas estas situaciones se alteran en el caso de infeccion previa, hecho que será objeto de nuestra atencion mas adelante.

De los dieciocho casos de AGRA CADARSO, catorce estaban localizados en la region hiodea (siete hiodeos y siete infra-hiodeos), uno supra-hiodeo, uno supra-esternal, uno en foramen cecum y dos con lateralizacion izquierda pero dentro de region hiodea. BELTRAN BROWN tiene cuatro sub-maxilares y sesenta y siete suprahiodeos (cifra anormalmente alta), cuarenta y uno hiodeos (venticiclo realmente hiodeos y diecisiete infrahiodeos) y ocho en el hueso supra-esternal. DISTEFANO VALONA tiene treinta y seis casos de localizacion en region hiodea (veintiuno pre-hiodeos y catorce sub-hiodeos) cuatro supra-hiodeos y seis fistulas hiodeas que facilmente pueden incluirse entre los sub-hiodeos.

Es un hecho constante que tanto en los quistes como en las fistulas, por lo general secundarias a aquellos, su relacion con el hiodes. Esta relacion en caso de quiste se efectua directamente o por un tracto que no es mas que el propio conducto tirogloso persistente, hecho perfectamente comprensible si recordamos la embriologia. Cuando las relaciones del quiste con el hiodes son directas existe en el cuerpo del hiodes una depression en forma de concavidad sobre la cual está adherido el quiste. Cuando lo está por intermedio de un trayecto fistuloso, este puede pasar por delante o por detras del hiodes contorneandole, abrazandole en arco, pero siempre adherido, para continuar como luego veremos (aunque no en todos los casos) y siempre en linea media cervical hasta la base de la lengua. Esta adherencia al hiodes es para el cirujano una característica principal que obliga a la extirpacion de la zona media central del hiodes si se quiere evitar la recidiva

En nuestras series tenemos ventitres casos de existencia primitiva de quiste y solo uno de fistula que suponemos tambien primitiva (Ob. 38). La fistula se localizaba en region sub-hiodea así como tambien diez casos de quiste. A la altura del hiodes encontramos siete casos y cinco en region supra-hiodea. Todos ellos a lo largo de la linea media cervical anterior. En un caso (ob. 11) existió localizacion lateral izquierda (se trataba de un quiste y fistulas recidivantes) lo que hizo pensar se trataba de una malformacion branquial, pero

sin embargo en el acto operatorio se comprobó como el trayecto fistuloso se dirigia a cara anterior del hiodes zona media. Las fisyulas secundarias a quiste infectado (practicamente todos nuestros casos) dentro de su localizacion anterior pueden no estar exactamente situadas en linea media cervical, por lo que no es infrecuente encontrar su orificio lateralizado, pero lo que si es excepcional es la localizacion lateral del quiste.

Consistencia, Forma y Tamaño (quistes)

Se aprecian como una pequeña tumoracion en cuello, ovoideos o suavemente redondeados con borde bien



Fig. 11
Quiste del conducto tirogloso.
(Ob. nº 9)

definido y superficie lisa o quizás un poco abollonada, elastico-turgentes y no adheridos a la piel mientras no haya habido infeccion. La piel se desliza perfectamente sobre su superficie ya que como hemos visto antes estan relativamente profundos. El li-

quido intra-quistico está constituido por una serosidad de color blancuzco, aunque pueden tambien encontrarse granulos amarillentos o secrecion pastosa, e, cuyo caso

hemos de pensar en la existencia en su pared de células escamosas, coincidentes o no con su estructura usual constituida por un tapizamiento de epitelio columnar

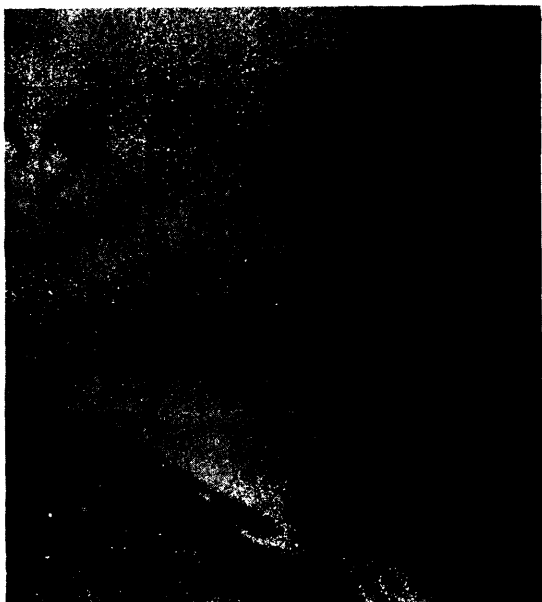


Fig. 12

Quiste del conducto tirogloso. Mismo caso de la figura anterior. Vista lateral

ciliado. Como este líquido está sometido a tensión no debe extrañarnos que su consistencia recuerde a la de un tumor sólido. En caso de coexistencia con fistula la palpación puede dar lugar a la expulsión de un material filante parecido a la miel. También puede palparse hacia arriba un cordón fibroso que no es otra cosa que el trayecto fistuloso

que marcha en dirección al hioides. Los quistes altos (base de la lengua) pueden verse al deprimir la parte más posterior de la lengua con un depresor.

El tamaño de nuestros casos fué en la inmensa mayoría comparado a una nuez. El de mayor tamaño estimado como un huevo de gallina corresponde a la ob. nº 1. Tenemos cuatro o cinco casos de quistes de pequeño tamaño comparado a un garbanzo, avellana, almendra, etc.

Movilidad

Los grandes pueden moverse algo, aunque muy poco. Los pequeños pueden desplazarse ligeramente hacia arriba

ba y abajo. Recuérdese su fijeza o conexión con el hiodes. Al deglutir siguen los movimientos del hiodes. También se mueven al hacer sacar la lengua al enfermo. Pueden ser algo desplazables a la flexión cervical. Una forma sencilla de seguir los movimientos deglutorios es colocar el cuello en hiperextensión e invitar al niño a que degluta saliva o beba un poco de agua. Si ha habido infección el quiste suele estar fijo e incluso adherido a la piel.

Compresión

Si no hay infección previa nunca hay fenómenos de compresión en los situados en la región hiodea. En los suprahiodeos y en los situados en la base de la lengua pueden producirse síntomas de molestia faríngea incluyendo sensación de ahogo y disfagia. Puede existir protrusión de la lengua. Por otra parte los quistes sin infección son completamente indoloros

Transiluminación

Todos los autores coinciden en que siempre es negativa, pues a pesar del hecho de que contienen un fluido claro su relativa situación profunda por debajo de la fascia cervical y de los músculos infrahiodeos impide el paso de la luz. Sin embargo hemos de pensar que en los niños estas estructuras pueden ser muy delgadas y en algún caso existir una transiluminación positiva como ha ocurrido en una de nuestras observaciones (nº 9) en la que conseguimos una transiluminación positiva. Se trataba de un

quiste tirogloso sub-hiideo del tamaño de un huevo de gallina y en el que no habian existido fenomenos de infeccion alguna. Es muy posible que en estos quistes de gran tamaño sin fenomenos infectivos la transiluminacion sea positiva, ya que su desplazamiento en crecimientos anteriores como ya sabemos, sino ha separado puede haber adelgazado las estructuras situadas en el plano cervical anterior, musculos infrahiideos y fascia cervical superficial.

Sabor de Boca

Puede ocurrir que una pequeña cantidad de fluido pase a faringe (vía foramen cecum) ya por aumento espontaneo de la presion del quiste o por maniobras de palpacion, con el consiguiente mal sabor de boca.

Infeccion

La patologia del conducto tirogloso está dominada por dos hechos, la recidiva de la que nos ocuparemos al hablar del tratamiento y la infeccion.

Casi fatalmente sobreviene la infeccion en las dos terceras partes de los casos. Es una característica típica de los quistes tiroglosos. Una gripe, un catarro, una amigdalitis, etc. o bien espontaneamente, el caso es que la infeccion aparece. Puede que el mecanismo de produccion mas frecuente sea la propagacion por vía linfática a partir de la cavidad faringea. No hemos de olvidar tampoco la propagacion de vecindad por existencia de conducto tirogloso suprahiideo. En nuestros casos la presen-

cia o no de trayecto suprahioideo comprobado en el acto operatorio no tuvo una significativa importancia en la presencia de infeccion.

Localmente el quiste aumenta de tamaño, se hace doloroso, mal limitado a la palpacion y la piel se enrojece y fija alrededor del quiste, para dar lugar a un absceso con todo su cortejo sintomatico tipico. Hay dolor relativamente moderado a la deglucion. La incision y drenaje quirurgico o la perforacion espontanea darán lugar a una fistula. Algunas veces, ya espontaneamente o por tratamiento antibiotico la inflamacion regresa sin produccion de fistula, pero será por poco tiempo. Una vez producida la fistula se repetirán infecciones periodicas con salida de material muco-purulento. Algunas veces la fistula se cierra pero sobreviene otra infeccion y finalmente el quiste queda cronicamente infectado y fistulizado con absesos de retencion de tiempo en tiempo.

En nuestros casos, tan solamente cinco (nº 9, 41, 44, 45 y 49) se vieron libres de infeccion. En algunos los quistes infectados remitieron su sintomatologia sin produccion de fistula, bien espontaneamente o por las medidas terapeuticas instauradas (nº 6, 32, 37, 53, y 58). En trece casos la infeccion del quiste fué seguida de fistulizacion tipica. De los casos indicados vamos a hacer un extracto de la descripcion clinica de los que consideramos mas tipicos de cada grupo.

La Ob. 49 corresponde a un quiste tirogloso en el que nunca existió infeccion, a pesar de constar

en su anamnesis el hecho de "haber padecido con frecuencia anginas". Parecería indicar que no siempre la vía linfática desde faringe es la vía de la infección, pues además este niño tenía adenopatías cervicales. Se trataba de un niño de tres años de edad, "desde hace dos meses tumoración en línea media cervical anterior a nivel del cartilago tiroides. Ha ido creciendo muy lentamente. No fiebre. No dolor". En la intervención quirúrgica no se encontró trayecto fistuloso suprahiodeo. ¿Sería esta la causa de la no propagación de la infección desde faringe a pesar de las amigdalitis repetidas?. Bien pudiera ser, pero como hemos dicho anteriormente la presencia o no de trayecto fistuloso suprahiodeo, al menos en nuestros casos, no ha significado mayor o menor número de infecciones.

La Ob. nº 11 corresponde a un caso típico de infección de quiste con regresión y sin fistulización. Niño de diez años de edad y que a los 16 meses la madre le nota una tumoración en la línea media cervical anterior del tamaño de una nuez pequeña. El día anterior el niño había tenido mucha fiebre. Fue tratado con antibióticos y mejoró. A los tres o cuatro meses de este episodio nuevamente fiebre alta y volvió a aparecer la tumoración. El color de la piel era normal, pero estaba muy dura y existía dolor provocado a la palpación. Le volvieron a tratar y volvió a mejorar. Al poco tiempo nuevas apariciones y regresiones de este mismo cuadro. Ha pasado cuatro años libre de síntomas y desde hace seis meses nueva sucesión de procesos inflamatorios con signos locales típi-

cos y fiebre. En el momento actual tumoracion indurada en linea media cervical anterior del tamaño de una almendra"

Y por ultimo la Ob. nº 10, en la que podemos ver el caso típico de frecuente infeccion del quiste seguida de fistulizacion. Se trata de un niño de seis años. "A la edad de dos años apareció una tumoracion del tamaño de una nuez en la linea media cervical anterior. El niño se quejaba de dolor de garganta como si tuviera anginas. Tratado con antibioticos cedió la tumoracion, pero no desapareció del todo, quedando reducida al tamaño de una avellana. Un año mas tarde aparece una sintomatologia similar, siendo tratado nuevamente con antibioticos que esta vez no le hicieron efecto. Se abre espontaneamente saliendo un liquido viscoso blanco. A partir de entonces queda fistula".

Fistula Tiroglosa

Origen

Aunque hay algunas opiniones contradictorias ya que algunos autores piensan que pueden ser congenitas y/o primitivas como BELTRAN BROWN, debemos pensar con SWENSON que tiene grandes dudas sobre su origen congenito. Pero aún aceptando esta posibilidad, practicamente en todos los casos la existencia de una fistula va precedida por la infeccion de un quiste. MACKAY en MASSON BROWN admite las dos posibilidades. El resto de todos los autores solo aceptan la fistula como secundaria a infeccion de un quiste. LACOMME afirma "jamás primitiva". En nuestros casos, ya lo hemos dicho, practicamente en todos los que se pudo ob-

tener una buena anamnesis había existido quiste previamente. Episodios infectivos de este, condujeron a la fistulización. Tan solo en una de nuestras observaciones, la nº 38, existía una fistula sub-hiodes sin que pudieramos obtener ningun dato sobre la existencia previa de quiste. Se trataba de una niña de un año, existiendo fistula desde que tenía cuatro meses. En la operacion se comprobó el típico trayecto hasta el hiodes y el informe histo-patológico confirmó el diagnóstico .

Localización

Es clasico decir que la misma de los quistes en linea media cervical anterior en cualquier punto desde la horquilla esternal hasta el hiodes, aunque tambien en algun caso raro, suprahiodes. Aceptando que la fistula es siempre secundaria a un quiste, logico es admitir que su localización estará en directa relacion con la localización de los quistes.

Orificio cutaneo y trayecto

El orificio cutaneo suele ser de uno o dos milímetros, viendose como aumenta en profundidad segun el niño crece. Aparace como una depresion constituyendo una pequeña abertura en la linea media del cuello. La piel vecina puede escoriarse por la secrecion. El orificio tambien puede ser anfractuoso o estar cubierto por una costra sero-hematica.

El trayecto de las fistulas desde la region sub-hiodes sigue la linea media cervical tal como se indicó

en la embriología, teniendo las adherencias con el hiodes ya comentadas y continuando hasta el foramen cecum, aunque no en todos los casos. En la parte del trayecto suprahiodeo pueden presentarse divertículos bien descritos por SEELIG y sobre los cuales ha insistido mucho SISTRUNK como causa de recidiva. Volveremos nuevamente a esta cuestión en el capítulo dedicado al tratamiento.

Fluido -----

Suele ser mucoso que se hace purulento con la infección. De vez en cuando gotas de fluido mucoide, claro o turbio o incoloro o amarillento pueden ser expulsadas. El fluido amarillento puede representar no solamente un exudado purulento sino también la eliminación de células descamadas provenientes del tapizamiento de la pared del conducto. Lo normal es que la secreción sea turbia o muco-purulenta. En ocasiones en periodos de calma sale un líquido mucoso-transparente filante que recuerda el contenido primitivo del quiste.

Palpación -----

Se puede sentir un cordón fibroso que corre hacia arriba en dirección al hiodes y quizás que continúa en región supra-hiodea. La palpación cuidadosa del cuello puede revelar esta estructura que en forma de cordón y dirigiéndose hacia arriba se hunde en profundidad

Otras Exploraciones -----

LACOTTE aconseja la fistulografía, no así nin-

guno de los otros autores consultados. Nosotros nunca la efectuamos. El sondaje a sonda metálica o material plástico no nos parece en absoluto interesante, y el primero hasta peligroso.

Quistes y Fístulas branquiales

=====

Antecedentes

Puede haber historia familiar de quistes branquiales o fístulas, o de apéndices cartilagosos cervicales o pre-auriculares, o fístulas de esta última localización

Edad y Frecuencia

Existe una gran diversidad de opiniones. Se dice que son poco frecuentes en la infancia. Sin embargo se han encontrado en los niños muy pequeños. FEVRE con ocho casos, tres fueron operados siendo menores de tres años. BILL afirma rotundamente que pueden hacer su aparición en cualquier edad de la vida. La edad de mayor frecuencia sería para LACOMME entre los diez y los treinta años. Sin embargo creemos podemos hacer una clara diferenciación a este respecto entre quistes y fístulas. Por ejemplo AGRA CADARSO afirma que los quistes son relativamente raros en los niños y acude a las estadísticas del TORONTO GENERAL HOSPITAL de PHAIL y MUSTARD en 1.966, con setenta y siete quistes y diez fístulas y es estadística de adultos, mientras que GROSS en el BOSTON CHILDREN'S MEDICAL CENTER en 1.953, invierte los términos, teniendo en niños, ventiseis quistes y ciento cuarenta y ocho fístulas. Podríamos explicarnos esto porque

el quiste puede ser asintomático en sus comienzos, salvo los raros casos de infección o de fenómenos compresivos, y no así la fistula, por lo que estas últimas se diagnostican mucho antes y por el contrario el diagnóstico de los quistes sería más tardío. Esto no obsta para que alguna vez los quistes sean vistos a edad temprana e incluso en el período neo-natal (Ob. 39)

Las fistulas son vistas precozmente. Aproximadamente más del cincuenta por ciento de los casos se diagnostican en el período neo-natal, y en algún otro su pequeño orificio puede pasar inadvertido durante este período para efectuar su diagnóstico algún tiempo después al ver salir su secreción al exterior. En las fistulas branquiales no se dan las circunstancias tan frecuentes en las tiroglosas de ser secundarias a un quiste infectado, por lo que en cuanto a edad aquí se invierten los términos. Los quistes tiroglosos aparecen relativamente pronto y más tarde sus fistulas que como hemos visto son secundarias. Por el contrario los quistes branquiales son de aparición tardía, mientras que las fistulas al ser primitivas y dar síntomas más precozmente que los quistes su diagnóstico es más temprano. Por otra parte entre los quistes y fistulas tiroglosas existe una íntima relación. En cambio al hablar de quistes y fistulas branquiales en los raros casos en que se presentan juntos deberíamos hablar de coexistencia.

En nuestras observaciones que suman un total de trece casos de anomalías branquiales nos encontramos con

ocho casos de fistula branquial primitiva (una de ellas acompañada de quiste, Ob. 6) y de ellas cinco ya fueron diagnosticadas al nacimiento, y en el resto (Ob. 12, 13 y 24) la existencia de fistula se conoció a la edad de dos, uno y dos años respectivamente. Edades pues tempranas. Nuestro unico caso de fistula branquial tardio, aunque relativamente, ya que el niño (Ob. 40) tenía la edad de cuatro años, corresponde a una fistula secundaria (también unico caso) a la infeccion de un quiste, caso repetimos excepcional. Tenemos cuatro casos de quiste sin fistula (Ob. 7, 8, 36 y 39), dos de ellos de dos y tres años, y precisamente en este ultimo el quiste fué diagnosticado durante el periodo neo-natal. En los otros dos casos los niños tenían once y siete años de edad respectivamente.

Sexo

Para FEVRE no hay incidencia sexual. LACOMME hace referencia al sexo para decir lo mismo que FEVRE. BELTRAN BROWN afirma que en sus veintun casos hay predominio femenino sin dar porcentaje. En nuestras series hay un predominio absoluto del sexo femenino. De trece casos, once eran niñas y solamente dos niños. Al hacer resaltar nuestro hallazgo nos ha sorprendido que la mayoría de los autores que han publicado sus casos de anomalías branquiales no hacen referencia al sexo.

Localización

Los quistes aunque pueden encontrarse a cualquier

altura a lo largo del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo, desde el esternon hasta el angulo de la mandibula, suelen localizarse mas en el tercio medio y superior, siempre en el triangulo anterior del cuello y nunca por detras del esterno-cleido-mastoideo. Sin embargo FEVRE cita el hecho excepcional de un caso localizado por detras de este musculo. Se encuentran por lo general en localizacion mas alta que los orificios de las fistulas. En orden de frecuencia podriamos indicar como sitio mas comun de localizacion el tercio medio, para en segundo lugar colocar la localizacion submaxilar, y mucho menos frecuente la supra-clavicular por dentro del fasciculo clavicular del musculo. Pueden extenderse hacia arriba detras del angulo de la mandibula hasta la base del craneo o anteriormente hacia la linea media apoyados en la vaina carotidea.

El orificio cutaneo de la fistula se localiza siempre en una linea que sigue el borde anterior del esterno-cleido-mastoideo, entre la apofisis mastoides y la fosa supra-esternal, pero su sitio mas frecuente dentro de esta linea corresponde al tercio inferior del musculo y desde aquí sigue un trayecto hacia arriba y adentro hasta la vecindad de la apofisis mayor del hioides, pasa entre las arterias carotida externa e interna y el glosofaringeo para dirigirse hacia adentro y arriba y alcanzar la pared faringea donde desemboca en el pilar palatino posterior a nivel de la fosita de ROSENMULLER.

En nuestros casos hay un claro predominio de la localizacion derecha. De trece observaciones, once ca-



TRAYECTO DE LA FISTULA
BRANQUIAL

Fig. 13

Trayecto de la fistula branquial

sos corresponden a esta localizacion, y tan solo dos al lado izquierdo, hecho que no ocurre en otras estadísticas. Nunca hemos encontrado fistulas bilaterales, hecho que al parecer ocurre en el diez por ciento de los casos segun estima SWENSON, cifra muy parecida a los casos de GROSS.

Es posible tambien

la coexistencia de quiste y fistula en distinto lado.

Forma, Tamaño y Caracteres

Los quistes frecuentemente se presentan bajo la forma redondeada u oval, algunas veces alargada o canalicular, lisos, pocas veces fluctuantes, indoloros, dando la impresion de una masa solida debido a su gruesa pared fibrosa y a la tension de su contenido lo que le da una consistencia firme. Son poco desplazables y estan recubiertos de piel sana, a la que no estan adheridos. Su consistencia o elasticidad varia segun la cantidad de

fluido intraquistico, lo que logicamente condiciona la la presion existente.

El trayecto de la fistula puede ser completo o incompleto. El completo corre como ya vimos a traves de los tejidos del cuello y posee un orificio interno y otro externo. El calibre de la luz del trayecto fistuloso es variable oscilando entre uno a tres milímetros. El orificio cutaneo de aproximadamente igual calibre es una pequeña abertura a menudo poco visible, con dimensiones que pueden ser las de una cabeza de alfiler redondeado o hendido, que lo mismo se abre en el fondo de una depresion en embudo, que en la cumbre de un pequeño saliente, o en la vecindad de un molluscum o de un fibro-condroma de minimas dimensiones. Estos orificios puntiformes o infundibuliformes pueden presentar un pequeño rodete de piel que lo recubre a modo de valvula o caperuza. La piel alrededor del orificio puede estar irritada por existir en la fistula una secrecion que al salir forma una pequeña costra blanco-amarillenta.

En las fistulas con tracto incompleto, que pueden ser ciegas externas con orificio cutaneo y ciegas internas con orificio faringeo, solamente una porcion del sinus está presente. Examinemos el sinus ciego externo. En estos casos el orificio de piel termina ciegamente en la profundidad de los tejidos del cuello a unos quince milímetros de su orificio cutaneo. Cuando se trata de un sinus interno, es decir con abocamiento solo a faringe, puede de vez en cuando dilatarse evacuandose

intermitentemente en faringe. El orificio faringeo se localiza en la base de la amígdala palatina o en el pilar posterior, recuérdese lo dicho al hablar de la embriología, siendo las mas de las veces imposible de identificar. Clínicamente esta comunicación faríngea es importante ya que es la puerta de entrada de material que produce infección del sinus.

Entre estos dos extremos cutáneo y faríngeo, el trayecto o camino de la fístula es el de la persistencia de la segunda hendidura branquial, la segunda bolsa faríngea y la permeabilización de la membrana que separa a ambas. Desde su extremo cutáneo en el borde anterior del esterno-cleido-mastoideo, atraviesa la aponeurosis cervical superficial y se dirige oblicuamente hacia arriba y atrás, y ligeramente hacia adentro, hasta el asta mayor del hioides, donde cambia de dirección y pasa la bifurcación carotídea, entre el troncovenoso tiro-linguofacial y el vientre posterior del digástrico, los músculos estilo-hioides y el nervio glosofaríngeo para alcanzar la pared lateral de la faringe a la altura de la fosa supra-amigdalina.

El tamaño de los quistes es muy variable, los mas pequeños suelen tener un centímetro de diámetro, para ser los mas grandes de cuatro o cinco (avellana o ciruela a huevo de gallina o mandarina). En la literatura se describen quistes mas grandes encontrados entre los adolescentes y adultos. Correspondiendo nuestras series a la edad pediátrica, no tenemos experiencia sobre estos

casos . Nuestras observaciones son de quistes de dimen-



Fig. 14

Ob. nº 39. Quiste branquial localizado a nivel de borde anterior del tercio inferior del esterno-cleido-mastoides derecho. Tamaño de un huevo de gallina

siones analogas a las indicadas mas arriba. No suelen comunicar ni con la piel ni con la faringe. Cuando hay orificio faringeo es tan pequeño que no se puede visualizar. Pero algunas veces la comunicacion con faringe es lo suficientemente grande como para que

quiste produciendo una gran distension en el recien nacido con trastornos respiratorios y de la deglucion, por presion sobre traquea,

laringe y esófago. Variaciones de tamaño en ausencia de infeccion deben hacer sospechar siempre una comunicacion faringea.

Generalmente su evolucion lenta puede estar alterada por un aumento subito de volumen en la segunda infancia o en la pubertad. Las variaciones de volumen que pudieran deberse a descargas espontaneas de su contenido ya en comunicacion faringea o cutanea son raras. El quiste suele presentar una pared bastante resistente y mas facil a la diseccion operatoria de lo que normalmente se ha descrito. El contenido del quiste es claro obscuro con material mucoide; otras veces de aspecto lecho-

so y turbio conteniendo cristales de colesterol y restos epiteliales. También puede ser marron debido a la presencia de sangre, probabilidad sumamente rara.

Las fistulas expulsan una secrecion clara y viscosa evocando la saliva, raramente lechosa, y a veces sero-purulenta o purulenta. Presionando el tejido de arriba a abajo en el supuesto trayecto fistuloso, pueden obtenerse por el orificio cutaneo algunas gotas de esta secrecion. Solamente porque la secrecion sea amarillenta no significa que exista infeccion, sino que en el examen microscopico se demuestra que la secrecion está constituida por celulas de epitelio escamoso que ha sido descamado del epitelio del sinus. Si la fistula produce descargas por el orificio faringeo los niños mayores acusan un gusto desagradable en la boca. En ocasiones podemos encontrar fistulas totalmente asintomaticas.

La coexistencia de fistula y quiste es relativamente frecuente, fistula con orificio cutaneo bajo que sigue su trayecto tipico para encontrar a unos quince o veinte milímetros mas arriba un quiste que a su vez se prolonga en direccion craneal en un trayecto fistuloso hasta la pared faringea. Al menos esto fué lo encontrado en nuestras observaciones. (Nº 6 y 40). En ambos casos el orificio cutaneo de la fistula comunicaba con el quiste y expulsaba una secrecion de color amarillo claro relativamente espesa.

Movilidad

Los quistes tienen escasa movilidad, sin embargo sus adherencias con las estructuras vecinas no son muy

grandes a no ser que haya existido infeccion. Su adherencia principal podria ser la prolongacion superior del tracto hacia faringe, o la inferior de la desembocadura cutanea cuando existan. Sus descritas adherencias con el hiodes no han tenido la correspondiente comprobacion operatoria. Estos quistes suelen sobresalir de los planos profundos ya que son relativamente superficiales, pero esto depende mucho de su tamaño. Siguen en general los movimientos de deglucion. No estan adheridos a la piel o tejido celular sub-cutaneo, y su ligera movilidad provocada es transversal pero no vertical. Alguna vez por transmitir los latidos cardiacos por su vecindad carotidea pueden ser pulsatiles ocasionalmente.

Infeccion

Como hemos visto, los quistes tienen en ciertos casos comunicacion con faringe o con piel y por estas vias los germenés pueden alcanzar el quiste y producir infeccion. Hemos podido leer que la evolucion de estos quistes está dominada por la infeccion. Personalmente consideramos que esto no es cierto. Si existe un peligro de infeccion, este no lo sería ni mucho menos en la proporcion que hemos visto para las persistencias del conducto tirogloso. En nuestros casos sufrieron infeccion el cincuenta por ciento de los quistes. Puede que la via mas frecuente de infeccion sea la linfatica, a menudo despues de una amigdalitis.

En cuanto a las fistulas, aunque pueden ser bien toleradas durante años, la presencia de infeccion es relati-

vamente mas frecuente (cincuenta y siete por ciento de nuestros casos). Cuando esto ocurre el caracter de la descarga cambia a purulento y hay signos de reaccion inflamatoria alrededor del orificio cutaneo y aún de las estructuras profundas del cuello. Sin embargo BILL, habla de su experiencia dentro de los niños y dice que las fistulas branquiales con orificio externo cutaneo "raramente se infectan". Después de la primera infeccion, la recurrencia es muy frecuente hasta que el tracto es enteramente extirpado

Cuando los quistes se infectan pueden simular un absceso sub-maxilar. Si el paciente es visto por primera vez durante un periodo inflamatorio, puede ser difícil el diagnostico diferencial con una adenitis supurada al menos que la anamnesis demuestre la existencia de una tumoracion bastante tiempo antes de la aparicion de la sintomatologia aguda y aún puede haber la confusion. En estas infecciones el quiste aumenta rapidamente de tamaño, es doloroso y su contenido se vuelve purulento. La piel se enrojece, los limites del tumor se pierden, hay impotencia funcional y fiebre. Si el quiste está fistulizado en faringe sus descargas determinan sensaciones bucales desagradables. "creemos que muchos de los abscesos drenados en el Servicio de Urgencia o en consultas externas corresponden a quistes branquiales infectados, que por haber tenido comunicacion amigdalina en niños con problemas de adeno-amigdalitis ocasionan inflamacion y es sabido que la infeccion en muchas formaciones quis-

ticas contribuye a su desaparicion clinica, por lo cual despues de un buen drenaje pudieran no volverse a presentar. En caso de poderse comprobar esto la frecuencia de estas anomalias ascendería considerablemente". Estas palabras dichas por STRAFFON no parecen estar de acuerdo con los hallazgos normales de la clinica, pues aún aceptando el hecho de que el mismo STRAFFON da como comprobado tan solo en teoria, de la regresion de estos quistes despues de una infeccion, como esto no se daría en todos los casos, el numero de fistulas por quiste branquial sería mucho mayor en los Servicios de Cirugia Pediatrica o de Otorrinolaringologia.

Si la infeccion no regresa, ya espontaneamente o mas frecuentemente por la aplicacion de antibioticos, el quiste o es drenado quirurgicamente o se abre de forma espontanea, quedando una fistula que intermitentemente va a presentar infecciones. En nuestros casos esto ocurrió solamente una vez.

Los sinus ciegos igualmente pueden sufrir infecciones con todo el cortejo sintomatico, pudiendo ser seguidas (hecho que tambien ocurre en las fistulas completas) por el cierre temporal del orificio, con lo que aumentan las molestias y el dolor por aumento de tension que se alivia tan pronto el drenaje es restablecido.

Contrariamente a lo que dijimos al tratar de la infeccion en las persistencias del conducto tirogloso, creemos que en la patologia branquial, hay quistes branquiales y fistulas branquiales, ambos de caracter primitivo,

muy diferente al caso de las fistulas tiroglosas que en nuestra opinion son siempre secundarias a la infeccion de un quiste salvo rarisima excepciones. Los quistes branquiales pueden dar lugar a fistulas despues de un episodio infectivo, pero a estas fistulas secundarias (Ob. 4o) se las debe denominar fistulas de un quiste branquial o quiste branquial fistulizado, pero no autenticas fistulas branquiales.

Sintomas Reflejos

Ademas de las manifestaciones locales, tanto los quistes como las fistulas pueden dar lugar, especialmente despues de manipulaciones exploratorias, a sintomas reflejos por irritacion vagal debido a presion sobre este nervio, produciendose tos (que adopta el tipo de quintas), nauseas e incluso vomitos y variacion en el numero de pulsaciones

Exploracion

La sintomatologia funcional es muy escasa en ausencia de infeccion. Una compresion suave sobre la zona de piel situada por encima y dirigida hacia arriba y abajo puede producir salida de secrecio por el orificio fistuloso, como antes ya dijimos. La maniobra combinada de estiramiento de piel hacia abajo y palpacion digital, nos permite en algunos casos notar el trayecto fistuloso como un endurecimiento rectilineo. Deben ser cuidadosamente explorados el lobulo de la oreja y la zona anterior del canal auricular pues puede haber asociacion con otras anomalias de la primera hendidura y arco branquiales. Se

completará el examen con la búsqueda de una posible fistula o quiste en la region contralateral.

Se explorará faringe por si es posible visualizar el relieve del quiste o el orificio faringeo de desembocadura de la fistula. La transiluminacion suele ser negativa. El quiste transmite mal la luz a causa del grosor de su pared, de la platisma y de la piel. El cateterismo de la fistula puede ser dificil y es mejor no intentarlo. Hace toser facilmente a los niños por irritacion vagal. Por otra parte no nos da ninguna informacion apreciable, y es dificultoso de seguir en una fistula en la que ya suponemos un trayecto con acodaduras. La inyeccion de una substancia colorante (azul de metileno) en el trayecto fistuloso demuestra la existencia de una fistula completa con orificio interno si el colorante aparece en la boca. La puncion del quiste "como util medio de diagnostico", con la obtencion de un liquido "claro blancuzco, oleoso o cremoso" como dice FEVRE, no nos parece opinion como para ser compartida. Consideramos la puncion peligrosa, y nada util, consideracion que extendemos a la inyeccion de materiales opacos a los Rayos X, para exploracion radiografica. La fistulografia nosotros nunca la hemos efectuado, la creemos innecesaria. GROSS opina que la inyeccion de lipiodol u otra substancia opaca puede no ser facil ya que el calibre del tracto varia mucho siendo a veces tan pequeño que es imposible llenarlo. SWENSON comparte la opinion de GROSS en cuanto a dificultad y proporcionar datos erro-

neos sobre la extension o trayecto de la fistula, y aún en el caso de poder efectuarla bien "tiene muy poco valor diagnostico". Sin embargo STRAFFON se muestra partidario del metodo, aunque no expresa claramente cuales son sus ventajas.

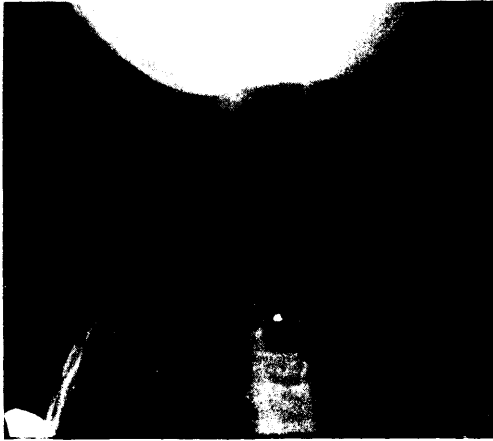


Fig. 15
Clara desviacion de la traquea
hacia el lado izquierdo en un
caso de gran quiste branquial
derecho. Ob. nº 8

Otro tipo de exploraciones como la radiografia simple no nos proporciona gran informacion salvo en algun caso excepcional (Fig. 15) y en cuanto a la gammagrafia tiroidea de gran interes mas que en estos quistes en los tiroglosos, será objeto

de um amplio comentario mas adelante.

Linfangiomias o Higromas Quisticos =====

Suelen ser notados pronto, dice GROSS. Para este autor un sesenta y cinco por ciento son vistos al nacimiento, quince por ciento durante el primer año de la vida y un diez por ciento mas durante el segundo año, quedando solo un diez por ciento para edades mas tardias. El caso de mas edad de este autor tenia catorce años. Para JONES durante el primer año se verían ya el noventa por ciento SWENSON da practicamente las mismas cifras o analogas, un

cinquenta por ciento al nacimiento y practicamente el resto durante el primer año de la vida. Autores de la experiencia de FEVRE tambien comparten las opiniones anteriores, dice que la historia clinica "comienza con el nacimiento". Cuando la lesion no está presente al nacimiento aparece en el curso del primer año o del segundo. Excepcionalmente mas tarde. El hecho citado por CROSS de ser mas afectado el primer hijo varon no parece se haya confirmado. Este mismo autor lo pone en duda. Para BELTRAN BROWN tambien durante el primer año de la vida aparecen el noventa por ciento de los casos. Igual dice GROB, mas de la mitad de sus casos existian al nacer y el resto durante el primer año de la vida. En nuestras series de un total de once casos, cuatro fueron vistos en el periodo neo-natal, uno al año, dos a los dos años, tres a los tres años y uno a los cuatro años.

Sexo

Varones y hembras son afectados en la misma proporcion. En nuestros casos tenemos seis varones y cinco hembras.

Localizacion

Se presentan en cualquier region del cuerpo, pero hay unas areas de localizacion bien definidas. Un setenta y cinco por ciento de todos los higromas quisticos se localizan en el cuello, un veinte por ciento en las axilas quedando el resto para otras localizaciones, tronco, pelvis, ingle, mediastino y area peritoneal. Pongamos

por ejemplo la amplia serie de GROSS, de ciento doce enfermos, ciento uno corresponden a region cervical.

Dentro de la localizacion cervical parece existe



una preferencia por el triangulo posterior, detras del esterno-cleido-mastoideo ocupando la region supra-clavicular y extendiendose hasta la parte mas alta del hombro y mastoides y pudiendo alcanzar la region de la nuca y su linea media cuando son grandes.



Algunas veces puede localizarse en triangulo anterior, pero cuando lo hace tiene tendencia a localizarse en posicion alta justo debajo de la mandibula, aunque puedan extenderse tambien a la region parotidea. Cuando en esta posicion alta se proyectan hacia arriba la

Fig. 16

Ob. 12. Linfangioma y resultado operatorio.

la musculatura del suelo de la boca puede infiltrarse y se distorsiona y la lengua se halla repleta de pequeños quistes linfangiomatosos aumentando su volumen con-



Fig. 17

Linfangioma. Ob. nº 20. Localización antero-lateral izquierda. Vista anterior y posterior

siderablemente. Otras veces realizan la denominada forma media con localización a nivel del canal carotideo y por delante del esterno-cleido-mastoideo. Si existe un crecimiento hacia atrás saltando por encima de la cara externa de este musculo, puede aparentemente parecer que la tumoración está dividida en dos lobulos, cuando el tumor constituya una masa voluminosa. Los hay tan grandes que pueden ocupar toda la hendidura lateral del cuello y extenderse desde la cabeza hasta el hombro, afectando también al trapecio y emitiendo prolongaciones a región axilar, dorsal o pectoral. Estas grandes tumoraciones localizadas en cuello y parte mas alta del tronco y aún afectando a la cara producen una gran desfigu-

racion. Caen tambien por delante del cuello pudiendo desbordar como un collar la linea media y pasar al la-



Fig. 18

Ob. nº 52. Linfangioma de nuca

do opuesto. Aunque es relativamente raro puede darse el caso de tumor bilateral. FEVRE-HUGUENIN citan el caso de un linfangioma cervical bilateral aunque no simetrico, mucho mas voluminoso en el lado izquierdo que en el derecho.

Los quistes de

la nuca son raros (Fig. 18).

Algunas veces pasan la li-

nea curva occipital superior. Descendiendo pueden llegar hasta el angulo inferior del omoplato.



Fig. 19

Ob. nº 51. Linfangioma del triangulo supra-calvicular derecho

Todos es-

tos quistes en su crecimiento progresivo entre las variadas estructuras del cuello y regiones vecinas tienen unas lineas de propagacion que es necesario analizar. Los altos localizados en la region sub-maxilar se propagan hacia el suelo de la bo-

ca y quizás region parotidea, o espacio sub-parotideo

posterior. Estas prolongaciones superiores pasan excepcionalmente la línea que va de la comisura labial al conducto auditivo, pero existen linfangiomas temporales y de la región zigomática. Un caso de LANELONGUE ocupaba la región temporal enviando una prolongación por debajo del zigoma.

Entre los de localización baja la propagación axilar es la más frecuente, a lo largo de los vasos sub-clavios, formando algunas veces tumor independiente. Esta prolongación deberá siempre ser buscada en los linfangiomas cervicales bajos.



_____ A _____ Fig. 20 _____ B _____
Linfangioma cervico-toracico izquierdo. En A desviación de las estructuras cervicales. En B, prolongación mediastinal que alcanzaba hasta la mitad del esternon

La prolongación mediastinal, que puede extenderse hasta el diafragma, no es la más frecuente, se calcula en un tres por ciento de los casos, pero si es una de las más importantes. Puede

no haber sido sospechada antes de la intervención, pero hay datos clínicos muy significativos que siempre habrá

que tener en cuenta, como son la ausencia de limitacion clara del tumor del lado toracico, la existencia de una matidez retroesternal, la falsa reductibilidad del tumor cervical, la disminucion de tamaño a la inspiracion, y aumento a la tos, llanto y esfuerzo. (Ob. 20)

Los linfangiomas medianos se insinuan sobre todo entre los grandes vasos cervicales y el neumogastrico pudiendo llegar hasta la traquea e incluso esófago y plano oseó vertebral, y hacia adelante hasta la region tiroidea. Estas infiltraciones entre los grandes vasos y nervios de la region siendo un tumor blando no suelen producir grandes trastornos, aunque en el caso del nervio este puede estar totalmente envuelto por la tumoracion. Las relaciones con los paquetes vasculares del cuello son logicas ya que los linfaticos acompañan a las venas. Pero incluso con la yugular interna no existen adherencias intimas. Pueden emitir prolongaciones que se insinuan entre la yugular, la carotida o el neumogastrico. En ocasiones el linfangioma está en relacion con un pediculo vascular mas secundario (facial o submental)

Clinicamente pueden ser sospechadas las prolongaciones. Así la localizacion cervical puede producir compression de la traquea, como afectacion laríngea, trastornos de la deglucion, etc. Sin embargo la certeza absoluta será dada por la intervencion quirurgica. Aunque en el transcurso de nuestra exposicion hemos seguido un cierto orden

esto no quiere decir que un tipo de linfangioma segun su localizacion vaya a dar siempre un tipo determinado de prolongacion. En primer lugar tenemos los gigantes linfangiomas en los cuales sea cual fuere su punto de localizacion inicial en su propagacion pueden dar prolongaciones a cualquier parte del cuello o regiones vecinas, pero ademas cualquier otro linfangioma de menor tamaño en su propagacion puede seguir el camino superior, el toracico o el lateral. Queda bien claramente establecido que nunca por el simple hecho de la localizacion inicial podemos descartar un determinado tipo de propagacion, hecho que nunca ha de olvidarse al plantearnos la operacion.

En nuestras series la localizacion mas frecuente fué la cervical lateral en nueve casos, de los cuales cuatro lo fueron en el triangulo posterior por detras del musculo esterno-cleido-mastoideo y cinco en el triangulo anterior. De estos nueve casos siete corresponden al lado derecho y dos al izquierdo, y en dos de ellos existia prolongacion mediastinica. Una de nuestras observaciones (nº 15) era un gigantesco linfangioma localizado en linea media cervical anterior y que ocupaba desde el angulo de la mandibula al mango esternal, emitiendo prolongaciones por ambos lados que alcanzaban y sobrepasaban los triangulos posteriores respectivos. Su tamaño era semejante a la cabeza del niño. Otra de nuestras observaciones corresponde a un linfangioma con rara localizacion en nuca. (Fig. 18).

Forma

Se define clasicamente "masa multilocular de aspecto difuso e irregular". Si bien esta descripcion es valida para los grandes, cuando la lesion es pequena aparece como una sola masa unica, redondeada u ovoidea. En los grandes una superficie lobulada y fluctuante indica su desarrollo multiquistico. Existen tumores lisos y aplanados e incluso alargados a lo largo del esternocleido-mastoideo. Sus limites son difusos.

Lo comun es que se reconozca bajo los planos subcutaneos una masa quistica, pero en muchas ocasiones es posible identificar lobulaciones mas blandas que las otras. Los grandes tumores independiente de su aspecto redondeado y lobulado deforman el aspecto normal del cuello y parecen formar una bolsa por delante del esternon.

Tamaño

No tiene relacion ni con la edad del paciente ni con la duracion del proceso. Comunmente son descritos como del tamaño de un limon o de una naranja, pero como afirma JONES "pueden ser de todos los tamaños". Algunos son ya tan grandes en el momento del parto que nos deja sorprendidos no hayan sido causa de distocia [Ob. nº 15], y en algunos casos lo son aunque no frecuentemente debido a causas que mas adelante indicaremos. Tamaño de una cabeza de niño y volumen tan considerable que deforme el cuello, tal como dicen GROSS y FEVRE-HUGUENIN, son hechos que se dan en nuestra ya citada observacion nº 15, justamente en un recién nacido. Los pequeños pueden ser mínimos al menos en su momen-

to inicial, pero este es un hecho infrecuente.

Las variaciones de volumen son de un gran interes y no nos deben sorprender. OMBREDANNE consideraba que estas alteraciones de volumen en los linfangiomas son un signo constante. Es característico de algunos higromas permanecer "dormidos" o aumentar de tamaño solo lentamente durante algun periodo de tiempo y entonces tener un subito aumento de volumen que hace acudir al medico. Este subito aumento de tamaño suele ser como consecuencia de una hemorragia (quizás lo sucedido en nuestra observacion 52, por una puncion extemporanea de la tumoracion) o una infeccion (Ob. 51,34 y 12) o incluso a veces sin razon aparente (Ob. 25,30,47).

Las hemorragias intraquisticas suelen impresionar por un subito aumento de volumen de la tumoracion que se transforma en dura y dolorosa y determinando a veces trastornos de compresion, si bien el incidente es mucho menos grave que la infeccion, a la que por otra parte predispone.

La infeccion, de la que trataremos mas adelante, entre otros trastornos produce aumento del volumen de la tumoracion. En algunos enfermos ha podido notarse la relacion entre la presencia de un trastorno infectivo alto respiratorio y el subito aumento del tamaño de un higroma existente. Aparentemente la infeccion conduciria a una obstruccion parcial de los canales linfaticos normales con lo cual habria un retroceso, marcha atras de la linfa hacia el higroma, lo cual seria causa del aumento de sus

dimensiones. Aunque no existen pruebas microscópicas de que haya una comunicación entre el higroma y los canales linfáticos normales del cuello. Estas observaciones aisladas nos hacen pensar que estas anastomosis existen en algunos casos.

Los higromas pueden disminuir de tamaño aunque no debe esperarse nunca una regresión total. Ocasionalmente se ha visto alguna curación espontánea de un higroma, hecho que comentaremos más adelante, pero esto no sucede con una frecuencia tal como para constituir un factor a tener en cuenta.

Piel

La piel que recubre la tumoración puede ser de aspecto totalmente normal o deslizable, sobre todo si no ha sufrido ningún proceso infectivo. Puede variar de un color rojizo a un tono azulado dependiente de la coloración del fluido intraquistico. Puede también tener una coloración rojo azulado tipo angiomatoso. Puede dar también la sensación de transparencia al menos a nivel de sus lobulillos más grandes y superficiales. La tumoración puede estar o no adherida a piel, siendo en la práctica esta adherencia siempre constante en los de tamaño medio y grande, en la zona que pudieramos llamar "cupula externa" de la tumoración y que ha de ser siempre extirpada junto con el sector de piel a ella adherida.

Palpación

Solo con dificultad pueden limitarse los bordes del tumor en su periferia y en profundidad. Bordes pues, mal

definidos. En los tumores poco voluminosos se perciben perfectamente las adherencias que los fijan en profundidad y repetimos que sus límites son muy difíciles de precisar. En las zonas de implantación más internas su pared está muy endurecida debido a la presencia de microquistes.

La consistencia a la palpación es muy variable, es clásico definirla como blando-elástica, usualmente no es tensa, el linfangioma quístico es como un cojín blando que se aplanan. Su pared fina y su contenido fluido imparten a la tumoración una especie de consistencia blanda muy típica, incluso desplazable. Justamente debido a este hecho se explica el tanto por ciento tan bajo de distocias que provoca a pesar de nacer los niños en muchos casos con linfangiomas que sobrepasan el volumen de su propia cabeza. (Ob. 15). A la palpación el tumor impresiona por este rasgo típico que estamos describiendo "su blandura y consistencia esponjosa-temblante".

Frecuentemente el tumor varía de consistencia, según la tensión de los quistes unos son duros, otros depresibles. En ciertos puntos existen zonas duras que recuerdan ciertos tejido lipomatosos o nodulos análogos a los ganglios linfáticos, que pueden ser pequeños quistes a tensión. En otras ocasiones pueden observarse tumoraciones nada blandas que parecen totalmente formadas de elementos duros redondos u ovals y canaliculares evocando el aspecto de una adenopatía o las gruesas ramificaciones de un neuroma.

La impresion de desplazamiento en masa, maniohra lograda gracias a los dedos del cirujano insinuados por debajo de la tumoracion, no quiere decir que no se puedan desplazar con ella nervios o vasos profundos que siguen sus movimientos. Si el niño llora o tose el tumor no es impulsado en ausencia de prolongaciones mediastínicas. Normalmente la masa es irreductible, salvo tambien en las prolongaciones mediastínicas, en las que existe una pseudo-reductibilidad en algunos casos, por parcial vaciamiento de unas bolsas en otras lo que puede provocar sintomatologia compresiva mediastínica si una bolsa de esta localizacion es rellena a tension por presion digital sobre el compartimento cervical del quiste.

Cuando el quiste está a tension no hay movimientos espontaneos, pero cuando estan flacidos el tumor tiene movimientos de vaivén y son colgantes. Normalmente son facilmente comprimidos entre los dedos, aunque estan firmes en los planos profundos.

Compresion

Hemos podido leer a autor de tanto prestigio como GROB lo siguiente "a pesar de su gran tamaño jamas producen compresion traqueal o vascular". Esto, por supuesto, no se ajusta a la realidad clinica, al menos en terminos tan absolutos, si bien esta autor debe referirse tan solo a los de limitada localizacion cervical, ya que tambien añade "solamente cuando se extienden a la lengua o al mediastino pueden aparecer trastornos respiratorios con estridor". Tampoco suelen representar un obstaculo al

parto debido a su facil compresion, hecho al que ya hemos hecho alusion.



Fig. 21

Radiografia antero-posterior y lateral de un gigantesco linfangioma en un neo-nato (Ob. nº 15). Intensa dificultad respiratoria (distress neo-natal) y grave perturbacion a la deglucion

La tendencia de estos quistes a permanecer en un plano superficial les permite presionar hacia afuera y de este modo no afectan directamente a las importantes estructuras del cuello. Por ello es raro exista interferencia en la funcion de los plexos, grandes vasos, esofago y traquea. En realidad todo depende del tamaño, localizacion y prolongaciones(Fig.21)

Los grandes higromas limitan los movimientos libres de

la cabeza y cuello. Los casos de afectacion bilateral pueden tambien afectar a la lengua y a la laringe. En estos casos de infiltracion linfangiomatosa de la lengua puede esta llegar a ser tan grande que impida al niño cerrar la boca, perderse los dientes a causa de la infiltracion de los tejidos peridentales o por la presion de la lengua e incluso puede existir un aumento del desarrollo de la mandibula inferior, así como compresion traqueal, o interferencia en la masticacion y protrusion del quiste en el suelo de la boca.

Estos niños pueden presentar un cuadro sumamente grave. Son incapaces de salivar, tienen gran dificultad para respirar y constantemente estan en peligro de neumonia aspirativa (fig. 21). Esta obstruccion respiratoria alta puede estar ocasionada por las dimensiones de la lengua o por la presion del propio higroma, o incluso por existir infiltracion laríngea. Algunas veces los signos funcionales son minimos o estan ausentes en el momento del nacimiento o durante la lactancia, pero tanto en uno como en otro periodo pueden aparecer subitamente accesos de sofocacion con disnea y disfagia que fuerzan a una intervencion quirurgica de urgencia, a igual que ciertas formas sincopales con trastornos vasculares en los casos de prolongacion mediastinica.

Estas apariciones tan espectaculares estan muy en relacion con aumentos rapidos de volumen debidos a hemorragia o infeccion, siendo quizás el higroma con prolongacion mediastinica muy apto para la presentacion de

estas complicaciones. La compresion producida por una poco cuidadosa palpacion puede originar llanto e insuficiencia respiratoria y sofocacion y será una clara demostracion de las estructuras afectadas por la tumoracion.

Infeccion

Facilmente pueden infectarse, hecho que no debe sorprendernos por su estrecha relacion con el sistema linfatico. La localizacion de estos quistes muy cerca de las areas de drenaje del aparato respiratorio alto, presenta un facil camino para su afectacion en caso de infeccion de vias respiratorias. Por otra parte el contenido del quiste es un excelente medio de cultivo. Cuando esto ocurre el hecho debe considerarse como grave.

La infeccion da origen a trastornos locales en los grandes tumores multiquisticos, así como a alteraciones muy serias del estado general que pueden ser incluso mortales. Una infeccion local tambien pueden provocarla, por ejemplo un impetigo del cuero cabelludo, hecho que las conexiones linfaticas del linfangioma a las que tantas veces hemos aludido lo explican facilmente. OMBREDANNE ha visto sobrevenir la infeccion en el curso de una escarlatina. Pueden tambien ser una infeccion rino-faríngea. No es infrecuente que aparezca despues de la punccion del quiste o incluso aparecer espontaneamente sin causa aparente.

El tumor crece, se endurece, aumenta de tension y se hace doloroso. La piel está roja, caliente, se do-

bla mal sobre el tumor. Aparece fiebre y pueden presentarse los fenomenos de compresion, vomitos por irritacion vagal, disfagia y trastornos respiratorios donde la muerte por asfisia puede ser rapida. Este foco infectivo debilita al niño, que tiene complicaciones pulmonares o digestivas. La impresion de impotencia del cirujano ante estos grandes linfangiomas infectados y febriles es verdaderamente penosa.

La infeccion tambien puede ser sub-aguda o de larga evolucion, alcanzando un lobulo del quiste y despues otro, estableciendose un proceso inflamatorio interminable. El enrojecimiento y tumefaccion se acentuan en un punto y una bolsa se abre dejando salir un liquido purulento. La inflamacion regresa temporalmente para reaparecer en el mismo punto o en otros. Son una serie de abcesos de repeticion, es una fistula cronica con fondo de abcesos infectivos. La incision y drenaje de los quistes infectados usualmente resultan en un largo y debilitante periodo de secrecion linfatica con maceracion de la piel que lo rodea y continuada perdida de proteinas.

Antes de la era antibiotica la infeccion de estos quistes era una gran complicacion, estos niños pequeños tenian una gran mortalidad. Con la terapeutica antibiotica al poder localizar la infeccion e incluso hacerla regresar aquel pronostico tan sombrío ha podido ser mejorado. De todas formas vista la gravedad de estos accidentes infectivos, la indicacion operatoria temprana en periodo de calma es la terapeutica correcta.

No hemos de dejar de comentar el hecho descrito de que ocasionalmente repetidos ataques de infeccion al destruir el tapizamiento interior del linfangioma, tendrian como resultado la reduccion de la tumoracion e incluso su desaparicion. Sin negar la posibilidad excepcional de este hecho, esta eventualidad no debe ser tenida nunca en cuenta al plantearnos la indicacion operatoria, sobre todo si tenemos en cuenta que en un linfangioma infectado o regresado en parte despues de un proceso infectivo la extirpacion quirurgica es mucho mas dificultosa.

Concepto Clínico General

La mayor parte de los higromas quísticos del cuello no producen grandes trastornos. El principal inconveniente es la presencia de una masa y la deformidad que la acompaña. Dolor o molestias locales raramente son observadas a menos que ocurra infeccion. La tumoracion puede haberse notado mucho tiempo antes de que el enfermo sea llevado al medico debido a su apariencia inocua. Pero otras veces su aparicion es brusca. Se trata de quistes que se manifiestan ya brutalmente debido a una hemorragia intraquistica o por un desarrollo subitito del tumor, ya sea por la tan temida infeccion o por cualquier otra causa.

Es interesante efectuemos algunas consideraciones sobre la existencia del linfangioma en el recién nacido. Algunos niños son enviados directamente por el tocologo al ver la lesion en el momento del parto. Habitualmente

el neo-natólogo es el primero que informa a los padres sobre su existencia. En épocas posteriores es la madre la que informa al médico sobre la presencia de la tumoración. Ya vimos en el proceso evolutivo el importante papel que puede interpretar la infección cuando se presenta.

Son clásicos los estadios evolutivos descritos por FEVRE, aunque en algunos casos no siempre coinciden con la realidad clínica, estos son:

- A- Forma regresiva con desaparición de la masa después de algunos aumentos impresionantes de volumen. FEVRE la observó en un caso de higroma quístico de gran volumen, pero sin embargo añade que esta afortunada eventualidad nunca debe ser tomada en cuenta.
- B- Forma estabilizada que es la más frecuente. Corresponde a tumoraciones que en su conjunto, evolutivo, no crecen sino en proporción con el crecimiento del niño, con incluso algunos aumentos de volumen y regresiones de carácter temporal durante su evolución.
- C- Forma progresiva de crecimiento lento, que necesita varios exámenes y una buena anamnesis para darle la calificación de tumor y que presenta a menudo variaciones de tamaño.

Tratando de ajustar nuestros hallazgos a la clasificación de FEVRE, nos encontramos con que no hemos tenido en ninguna de nuestras observaciones la forma regresiva. Quizás la forma progresiva deberíamos dividirla en dos, la lenta y la rápida, y desde luego no encontramos utilidad

alguna a la clasificada como forma evolutiva dentro del concepto general clinico de estas tumoraciones, ya que realmente siempre hay progresion. Por otra parte es indispensable a efectos de clasificacion contar con las graves formas compresivas neo-natales.

Tipica forma neo-natal compresiva sería nuestra Ob. 15 y formas neo-natales simples las obs. 4 y 51 que al final por accidente infectivo se hace compresiva. En el grupo de las formas progresivas rapidas podriamos incluir las Obs. 20 y en el de las lentas las Obs. 23,25,34,52. En el grupo de formas estabilizadas las Obs. 12,47 que terminan convirtiendose en progresivas rapidas por infeccion. Finalmente la Ob. 30 no puede ser incluida en ningun grupo ya que su evolucion fué interferida por un tratamiento radioterapico antes de ser visto por nosotros.

Exploraciones

Radiologicas

El tejido blando da una forma de bastante uniforme densidad. MAC GUIRE y VAUGH, citados por GROSS aconsejan como

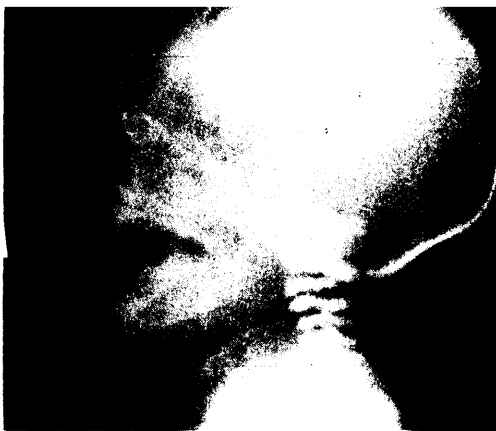


Fig. 22

Ob. nº 4. Gran linfangioma del triangulo posterior derecho en un neo-nato de 10 días. Radiografias simple proyeccion lateral y postero-anterior

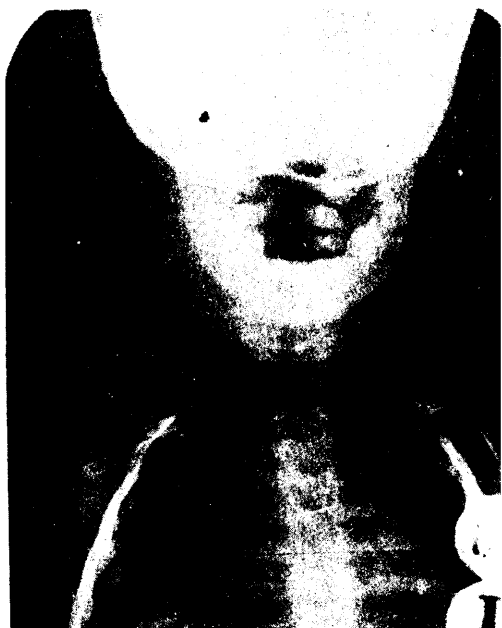


Fig. 23
Ob. 23. Linfangioma del
triangulo posterior dere-
cho del cuello. Niña de 2
años. Radiografia simple

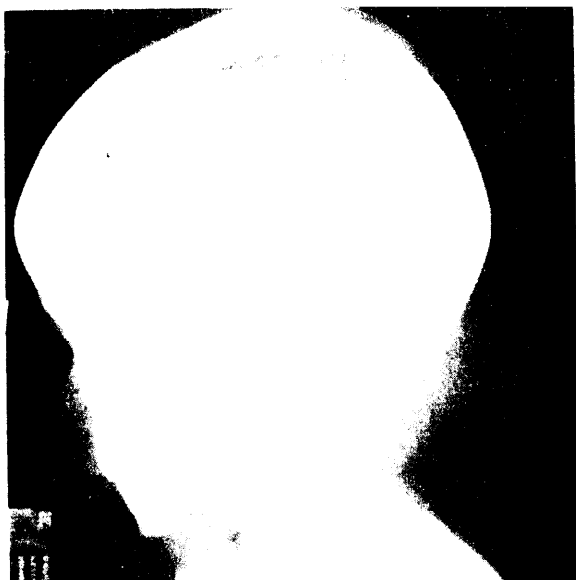


Fig. 24
Ob. 52. Linfangioma de nu-
ca claramente apreciable
su contorno en la radiogra-
fia simple lateral

procedimiento para re-
conocer la extension e-
xacta de las cavidades
la inyeccion de algun
contraste iodado. Todo
lo que sea puncion del
quiste con el objetivo
y con la tecnica que sea,
para nosotros está siem-
pre contraindicado, con
alguna especifica excep-
cion de la que hablare-
mos mas adelante. Cree-
mos que la radiografia
simple bien efectuada
puede darnos sino toda
si una informacion im-
portante sobre desviacion
de organos y extension
del higroma.

Transiluminacion

La finu-
ra de la pared del quis-
te y la claridad incolo-
ra del fluido permite u-
na facil transiluminacion
aunque este ultimo hecho
puede ser alterado si hay



Fig. 25

Maniobra de transiluminacion en un gran linfangioma posterior izquierdo. La fotografia en ambas ocasiones está tomada en color y ha perdido su significacion al pasarla a blanco y negro. La foto de arriba es simple y la foto de abajo transiluminada. Puede verse detras del quiste la linterna. Se ve que aún siendo la misma tumoracion existe por el efecto de la luz una mayor turgencia en su superficie

hemorragia o infeccion, como vimos en una de nuestras observaciones (nº 51) con transiluminacion positiva que se hace negativa en el curso de un día por presentarse infeccion. Es muy sugestiva la descripcion de la transiluminacion de los autores franceses, dicen "la lampara electrica ilumina el quiste en farol veneciano". En algunos casos bien por las causas indicadas o en ciertos quistes rodeados de tejido graso o

fibroso o rodeados de cierto tipo de capsula endurecida por episodios infectivos previos, este hecho de la trans-

iluminacion positiva indicado por algunos autores como patognomonico de los higromas puede no existir.

Puncion

La puncion "nunca la utilizamos" dice STRAFFORD. La consideramos inutil, nunca justificada y peligrosa. Puede ser causa de hemorragia intra-quistica o infeccion. Se obtendrá un liquido de aspecto extremadamente variable, seroso, amarillento, verduzco o espeso, gelatinoso o negruzco o francamente sanguinolento, depende del caso e incluso del punto de puncion.

Debido a las multiples lobulaciones del quiste no debe tampoco considerarse la puncion, como terapeutica de emergencia en los grandes quistes con sindrome compresivo, y en caso de utilizarse debe efectuarse con una rigurosa asepsia para emprender acto seguido la intervencion quirurgica. Siempre debe estimarse la posibilidad de lesionar alguno de los grandes vasos cervicales.

-----ooo000ooo-----

A N A T O M I A P A T O L O G I C A

=====

Quistes Dermoides y Epidermoides

=====

Recordemos lo dicho en la embriología. FEVRE los definía como "disembriomas mixtos por inclusion endodermica". Estos quistes dermoides y epidermoides parecen tener cierta relacion con los teratomas.

La clasificacion de ERICH y JOHSEN coloca primero los quistes epidermoides con falta de estructuras dermicas definitivas y derivadas exclusivamente del ectodermo o como dice mas claramente FEVRE "el enclavamiento que interesa a la totalidad de la piel, derivados tambien del ectodermo, pero conteniendo elementos mesodermicos para pasar a un grado mas de estos dos estadios que estaria constituido por los teratomas, a cuya formacion han de contribuir las tres hojas blastodermicas y en él estarán representas, y que tratandose de formaciones no puramente quisticas quedan fuera del objeto de nuestro estudio. Algunos autores consideran que todas estas formaciones son teratomas y afirman que un estudio concienzudo de los dermoides y epidermoides demostraría la presencia de las tres hojas, hecho necesario para tal denominacion (DARGEON). Otros por el contrario consideran que

al menos el epidermoide es tan solo un quiste por inclusion y que no tiene nada que ver con el teratoma.

Los dermoides y epidermoides no pueden ser distinguidos entre si por su sintomatologia clinica, y su diferenciacion es exclusivamente histologica, sin em-

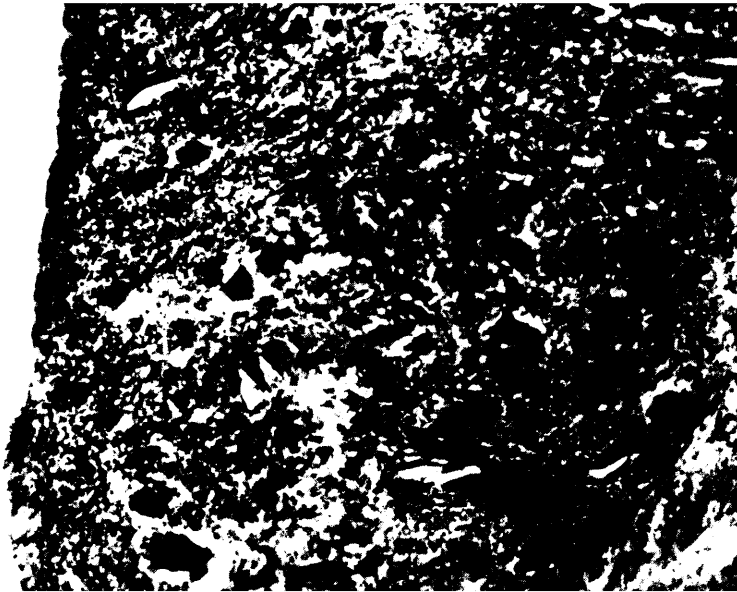


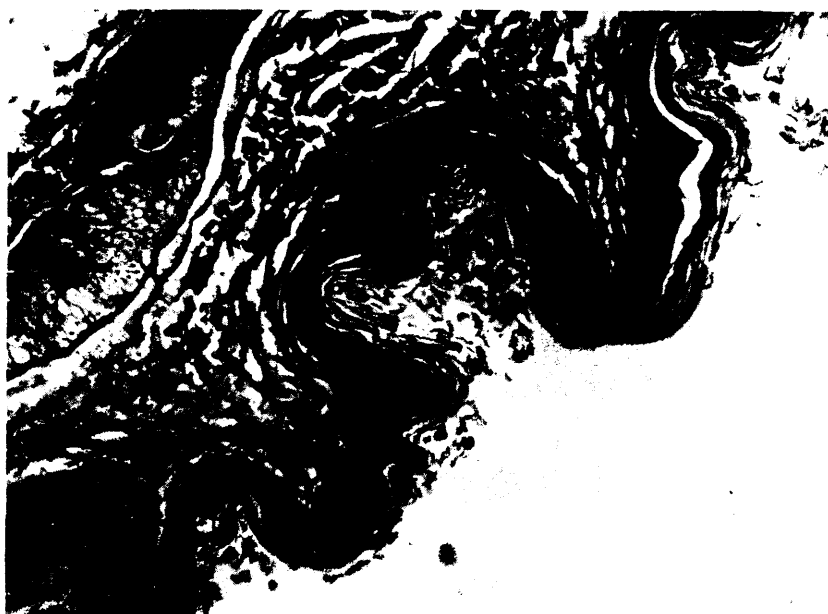
Fig. 26

Ob. 17. Quiste epidermoide. Pared de quiste revestida por epitelio plano poliestratificado con granulomas por cuerpo extraño en su pared

bargo hay ciertos caracteres macroscopicos que pueden ser tenidos en cuenta en su diferenciacion y entre ellos hay uno fundamental, el contenido es completamente

tipico, existencia de pelos. Esta diferenciacion es muy logica ya que el el resultado de la estructura de su pared.

La pared de los epidermoides está constituida por una capsula bien definida, tapizada por epitelio escamoso estratificado y cornificado y conteniendo detritus celulares. Este apilamiento de restos de células descamadas y queratinizadas da como consecuencia que sean al tacto mas compactos t solidos que el dermoide. En el epidermoide hay



Ob. 42. Fig. 27 —
Quiste dermoide. Quiste revestido por epitelio totalmente superponible al epidermico. En el conjunto sub-yacente se aprecia una glandula sebacea. En otras zonas de la pared quistica existen folículos pilosos

de anejos de piel. Su contenido será un liquido claro-blanquecino.

En nuestra Ob. 46 el quiste tenia en su interior un material blanquecino muy sospechoso de ser escamas de queratina, estando constituida la pared aunque de forma discontinua por

epitelio plano pluriestratificado. Se encuentran ademas en la pared celulas gigantes algunas de la cuales parecen

estar en plena fagocitosis de algunas escamas de queratina. La pared mas periferica está constituida por tejido conjuntivo con ausencia de anejos cutaneos evidentes, como dijimos rasgo caracteristico de los epidermoides. En nuestra Ob. 50, existe una delgada capa de epitelio plano escamoso de unas seis o siete celulas de espesor y no se aprecian anejos cutaneos. Pegadas a la cara externa hay numerosas escamas de queratinizacion. La ob. 17 por su cuadro clinico hizo pensar erroneamente en malformacion tiroglosa ya que habian existido fenomenos infectivos previos, con los que su estructura histologica estaba alterada, lo que no es una formacion quistica revestida por una epidermis sin alteraciones histologicas, pero bajo ella ocupando dermis e hipodermis no hay revestimiento propio con existencia de un granuloma integrado por celulas linfoides e histiocitarias entre las que se encuentran muy abundantes celulas gigantes de forma y tamaño variable. Alteraciones producidas por el proceso inflamatorio y que alteran totalmente la estructura del tapizamiento interno ocurre en esta ob. 17 y parcialmente como ya vimos en la Ob. 46.

Los quistes dermoides estan tapizados por epitelio escamoso, existiendo tejido conjuntivo, glandulas sudoríparas y sebaceas con existencia de pelos, constituyendo hasta un noventa por ciento de elementos dermicos y un diez por ciento de elementos mesodermicos. Las glandulas intramurales son las responsables de la existencia de pelos y material sebaceo, lo que da a la

tumoración un aspecto mas blando a la palpación en contraste con una consistencia quizás mas dura de los epidermoides.

Nuestra Ob. 42 (Fig. 27) estaba constituida por un material intraquistico pastoso-amarillento. La pared la formaba un tejido fibroso denso, en que se "reconocen algunos anejos cutaneos" sobre todo folículos pilosos. La pared conjuntiva se encontraba revestida por un epitelio plano estratificado cornificado, con estrato granuloso y sin alteraciones.

Quistes y Fistulas tiroglosas =====

Su estructura usual es el tapizamiento del conducto tirogloso por tejido epitelial ya sea cilindrico con o sin cilios o bien plano mono o poli-estratificado. Mas raramente el epitelio puede ser transicional. Pueden encontrarse vestigios tímicos o mas frecuentemente tiroideos, de ahí que FEVRE-HUGUENIN los llame indebidamente quistes tiro-hiodeos. Existen en muchos casos alteraciones debidas a procesos inflamatorios o degenerativos o a intervenciones quirurgicas anteriores en los casos de recidiva.

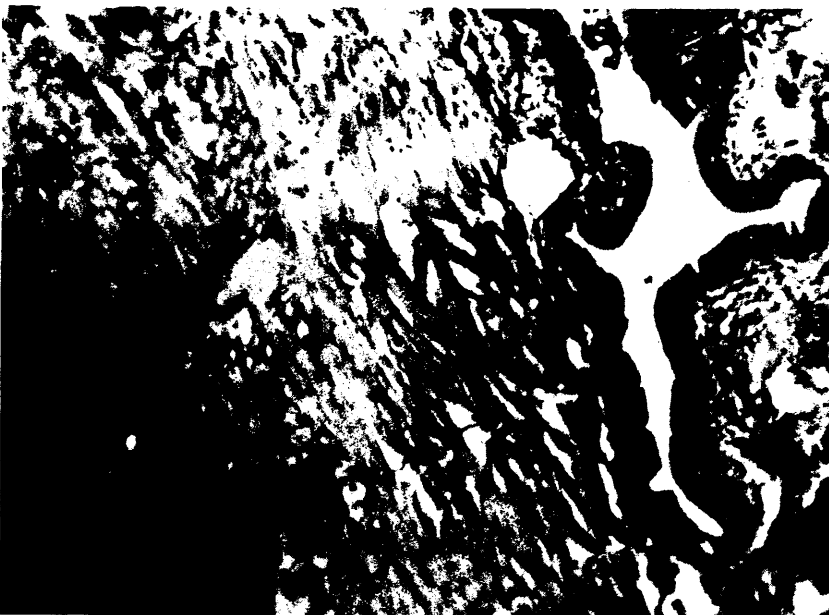
Entre nuestros casos hemos encontrado tan solo una observación (nº 1) en la que coexistia tejido de tipo epidermoide y epitelio cilindrico sin alteración alguna de tipo inflamatorio. En todos los demas siempre existió algun tipo de alteración que en algunos casos (nº 27)

existia una intensa infiltracion linfocitaria, con ma-



Ob. nº 1
Conducto
revestido en
parte por
epitelio pla-
no y en par-
te por epi-
telio cilim-
drico, cu-
ya pared fi-
brosa mues-
tra infil-
tracion in-
flamatoria.
Conducto
tiro-gloso
persistente

Fig. 28

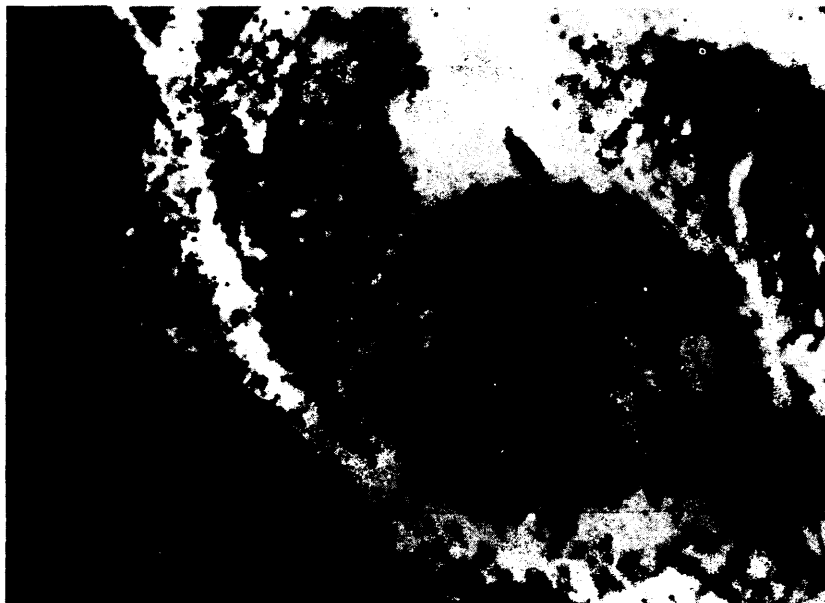


Ob. nº 2
Conducto re-
vestido por
epitelio ci-
lindrico y
rodeado de
tejido fi-
broso.
Conducto
tiro-gloso
persistente

Fig. 29

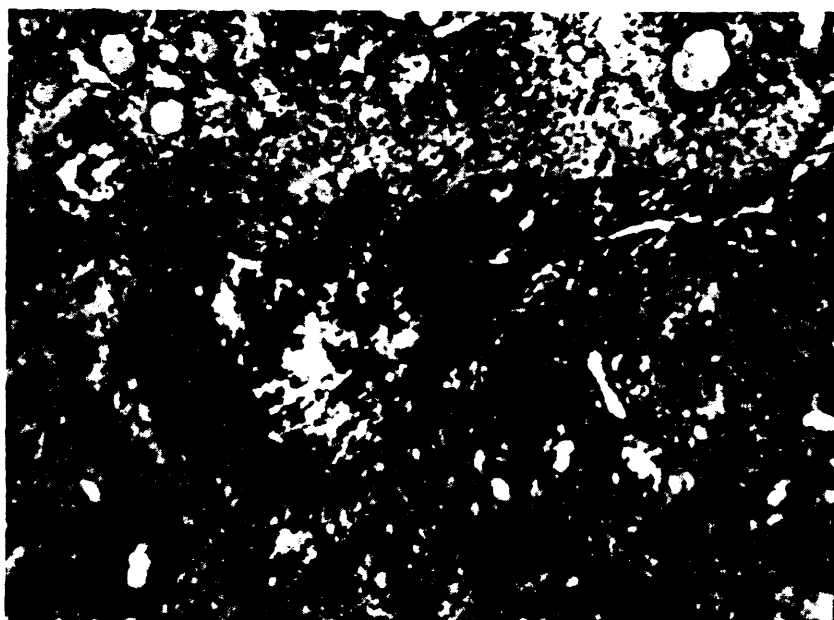
crofagos y celulas gigantes multinucleadas de tipo cuer-
po extraño, habiendo desaparecido totalmente las estruc-
turas epiteliales. Este ultimo hecho ocurre tambien con
tejido de granulacion con reaccion xantog~~an~~anulomatosa
(Ob. 32) y nuevamente con inflamacion y linfocitos así

como histiocitos en torno a material coloide que se estima como secrecion glandular (Ob. 49) aunque no se en-



Ob. nº 27
La pared
de la for-
macion quis-
tica care-
ce de re-
vestimien-
to epite-
lial.
Puede co-
rrespon-
der a quis-
te tiroglo-
so.

Fig. 30



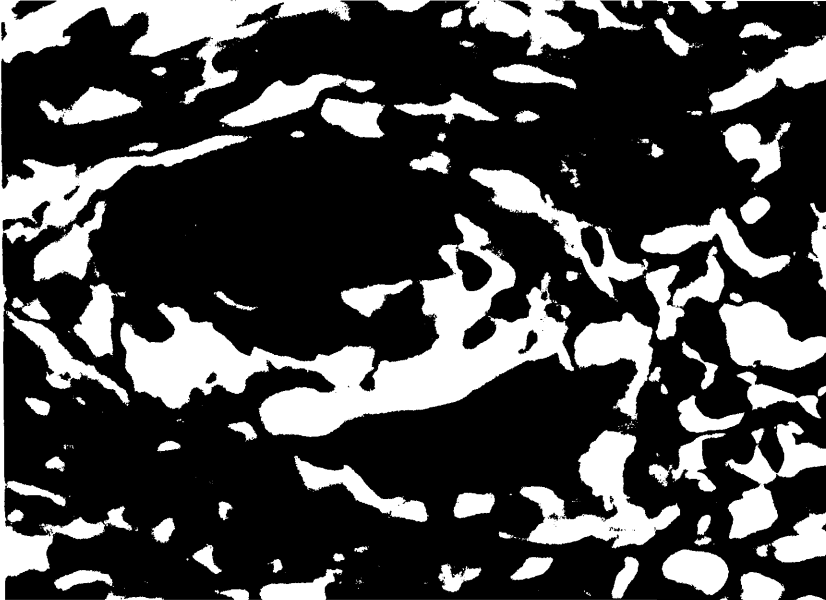
Ob. nº 27
En la pared
existe in-
tensa reac-
cion infla-
matoria.
Mismo caso
de la fig.
anterior.

Fig. 31

cuentre ningun foliculo tiroideo ni vestigios de revestimiento epitelial.

Epitelio plano de revestimiento mono o multi-estratificado cubico, epitelio cilindrico, epitelio

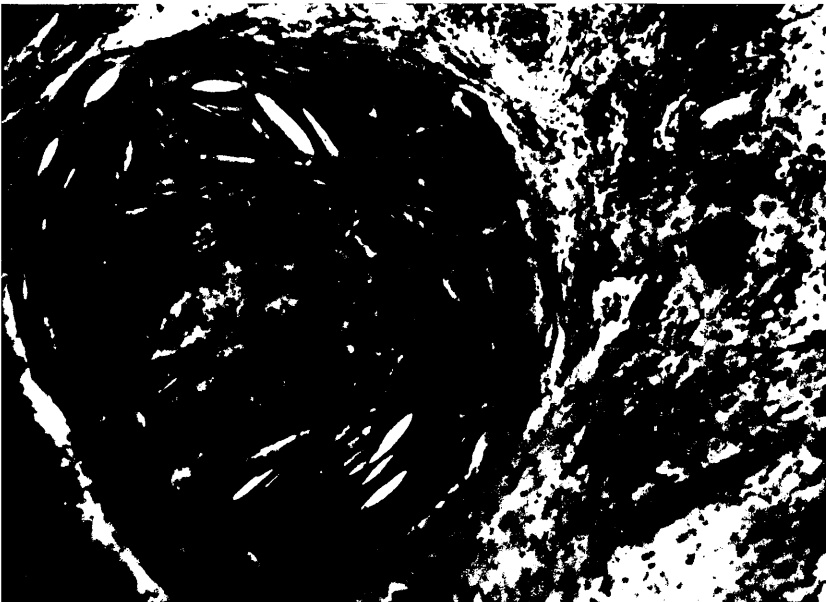
pseudo-estratificado ciliado, acompañados de alteraciones de tipo inflamatorio tales como tejido de granula-



Ob. nº 27

Reaccion
inflama-
toria.
Se reco-
nocen abun-
dantes ce-
lulas gi-
gantes de
tipo cuer-
po extraño.
Mismo Caso
de las Figs.
30 y 31

Fig.32



Ob. nº 26

En la pared
del quiste
existen gra-
nulomas por
colesterol.

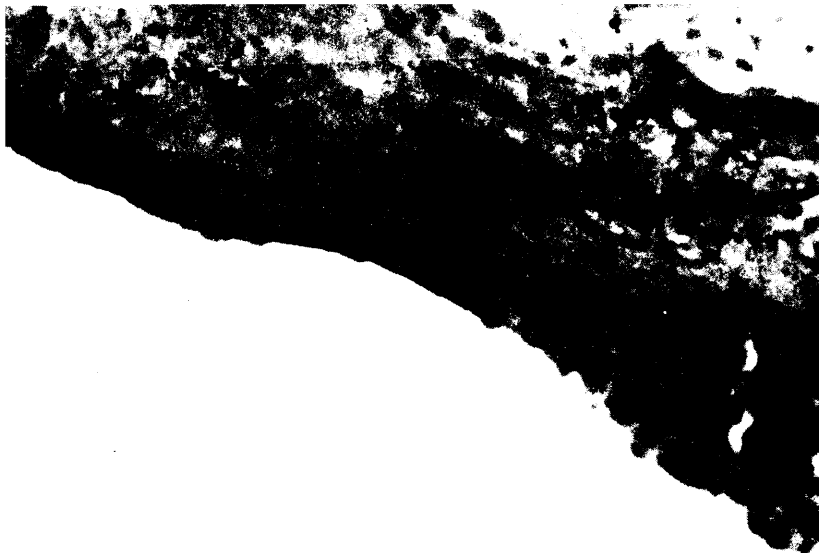
Malforma-
cion del
conducto
tiro-glo-
so.

Fig. 33

cion con vasos e infiltracion linfoplasmocitaria, tejido necrotico inflamatorio con polinucleares macrofagos y linfocitos hemos podido encontrarlos en gran numero de

nuestras observaciones (nº 2,3,33,37,38,43,44 y 48).

En dos de nuestros casos (Ob. 53 y 55) se encontraron

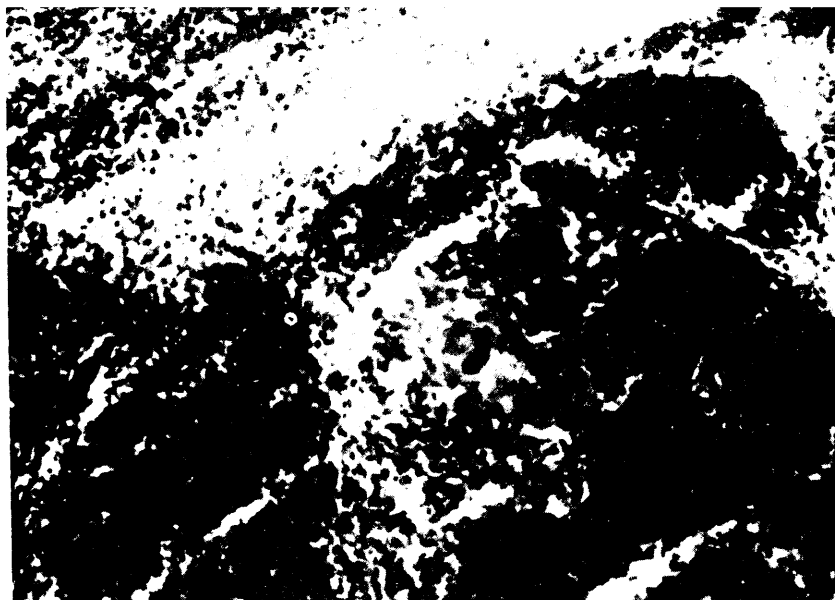


Ob. nº 26

En el revestimiento del quiste solo se reconocen algunos vestigios de epitelio plano poli-estratificado.

Mismo caso de la Fig. 33.

Fig. 34



Ob. nº 26

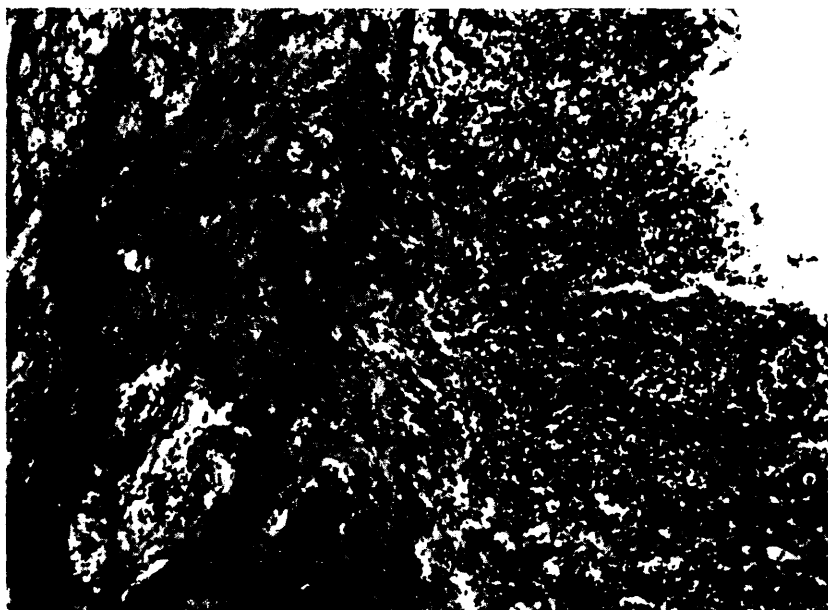
En otras zonas de la pared del quiste existen restos de tejido tímico con corpusculos de HASHAL

Mismo caso de las Figs. 33 y 34

Fig. 35

lesiones en el propio hídotes, en el primer caso con un conducto constituido por epitelio de células planas y cilíndrico y con abundante infiltración de polinuclea-

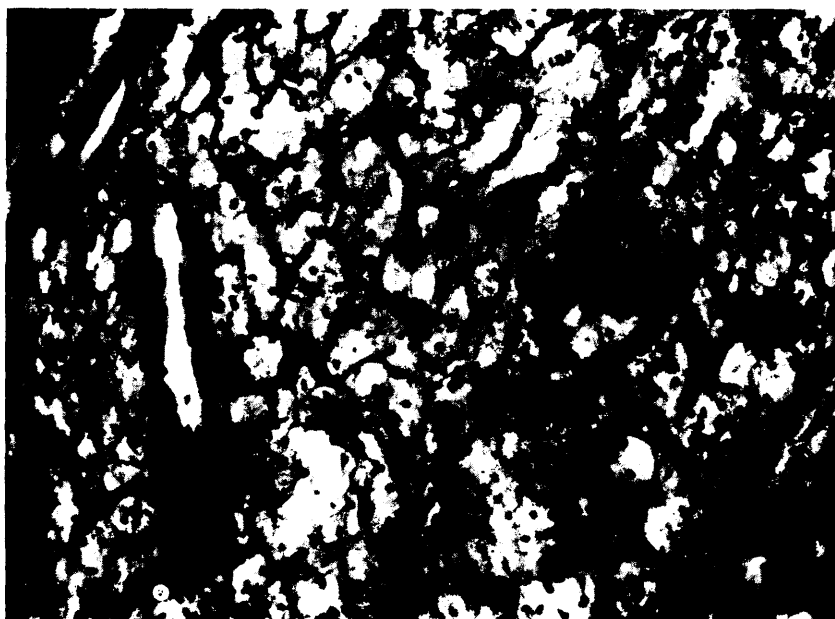
res; las alteraciones del hiodes eran necrotico-purulentas y en el segundo hallazgo de este tipo, por el contra-



Obs. nº 32

Conducto
desprovis-
to de reves-
timiento e-
pitelial
con intensa
reaccion
inflamato-
ria en su
pared

Fig. 36



Ob. nº 32

En la reac-
cion infla-
matoria des-
taca la xan-
tomatizacion

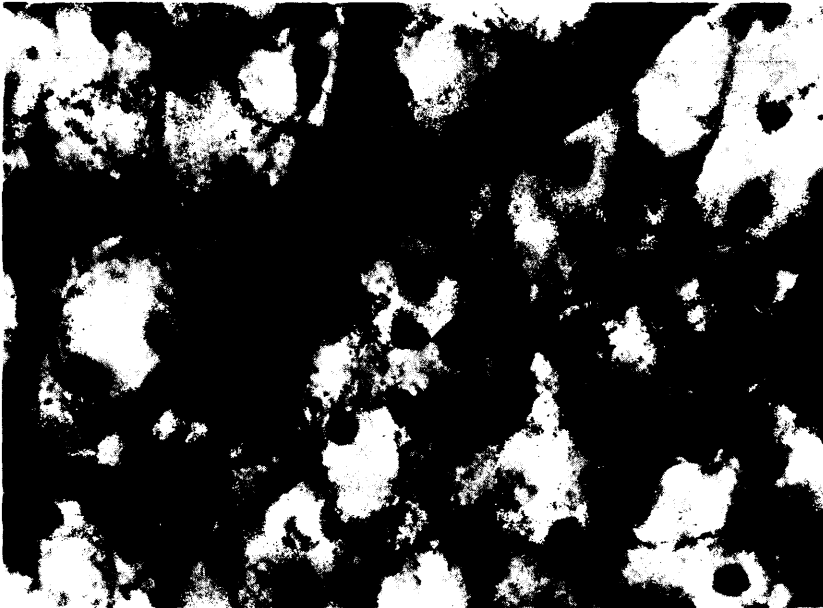
¿tiro-gloso?

Mismo caso
de la fig.
36.

Fig. 37

rio no existian lesiones inflamatorias, el tapizamien-
to estaba constituido por epitelio plano cubico y las
lesiones hiodeas por epitelio plano poliestratificado.

Hemos de resaltar la importancia de estos hallazgos y su aplicacion a la tecnica operatoria que como ya



Ob. nº 32

Detalle de los histiocitos xantomizados.

Mismo caso de las Figs. 36 y 37

Fig. 38



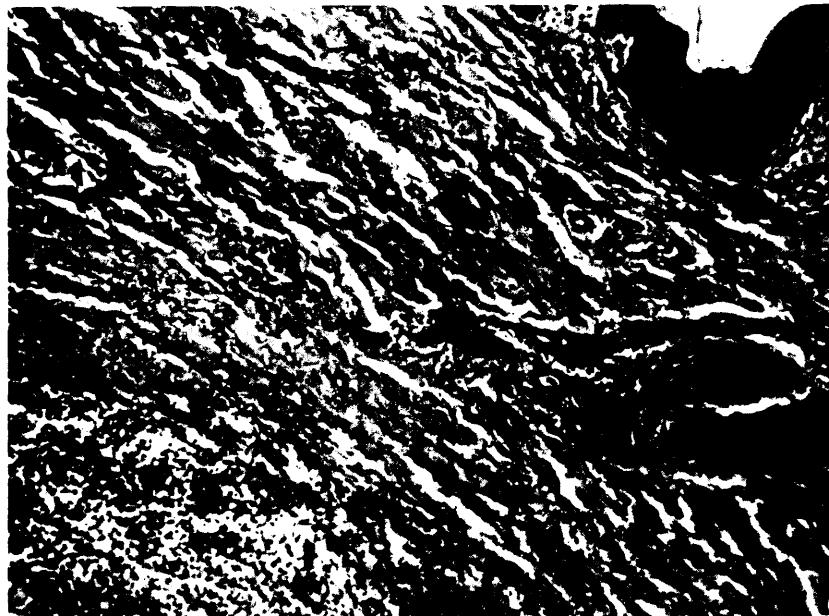
Ob. nº 37

Conducto revestido por epitelio cilindrico. Persistencia del conducto tirogloso

Fig. 39

dijimos y será objeto de discusion mas adelante comporta la reseccion de la zona media del cuerpo del hiodes si queremos evitar la recidiva. Por otra parte los ha-

llazgos de alteraciones hioideas en dos de nuestras observaciones no quiere decir que en el resto de los ca-

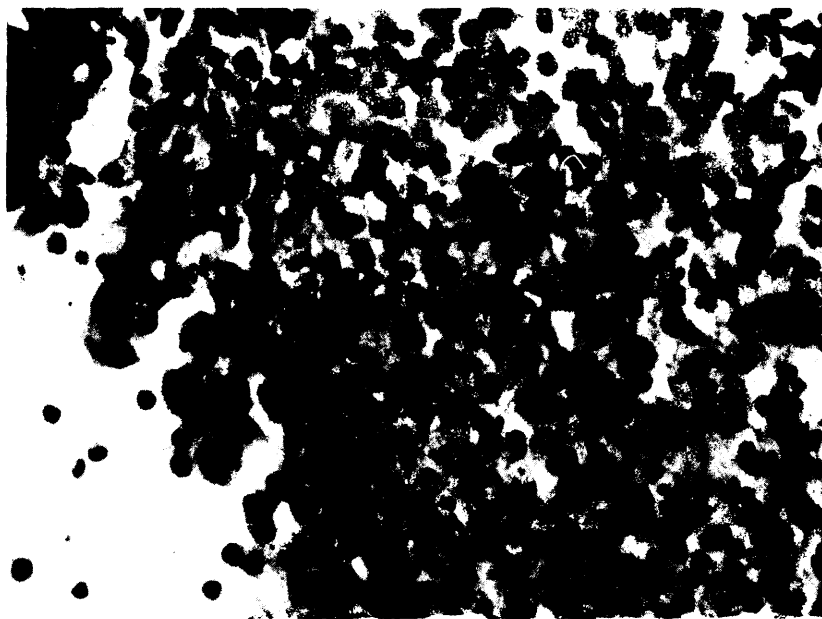


Ob. nº 37

Tejido fibroso de la pared del conducto con infiltración inflamatoria

Mismo caso de la Fig. 39

Fig. 40



Ob. nº 37

Detalle de la inflamación apreciándose histiocitos, linfocitos y algunos polinucleares.

Mismo caso de las Figg. 39 y 40

Fig. 41

sus no existiera.

Tejido tiroideo hemos encontrado en dos de nuestros casos, donde conjuntamente con el epitelio plano po-

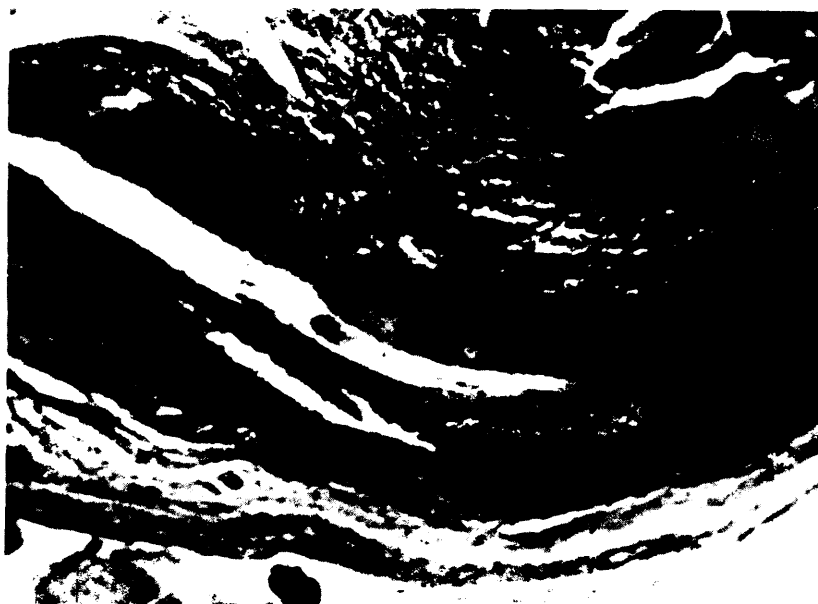


Fig. 42

Ob. nº 33. conducto revestido por epitelio plano poli-
estratificado. Fistula tiroglosa.

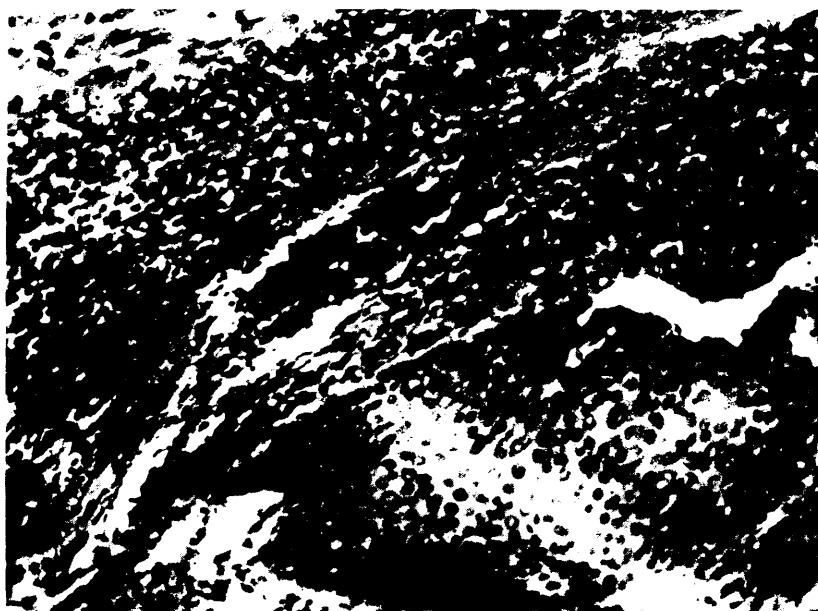


Fig. 43

Ob. nº 33. Detalle de la infiltracion inflamatoria exis-
tente en la pared del conducto. Mismo caso de la Fig. 42



Fig. 44

Ob. nº 41. Conducto revestido por epitelio cilíndrico rodeado de tejido fibroso y muscular. Conducto tirogloso persistente

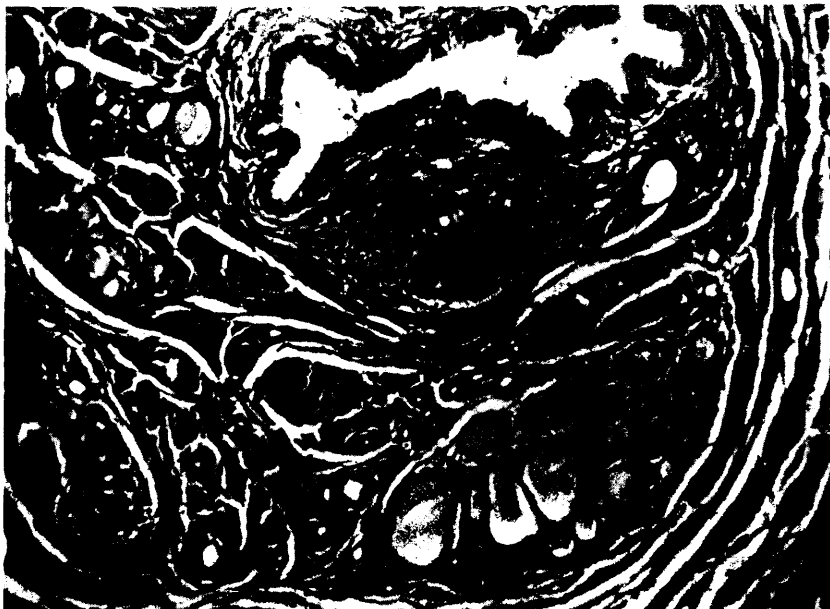


Fig. 45

Ob. nº 41 Mismo caso de la fig. 44. En la vecindad del conducto existen islotes de tejido tiroideo

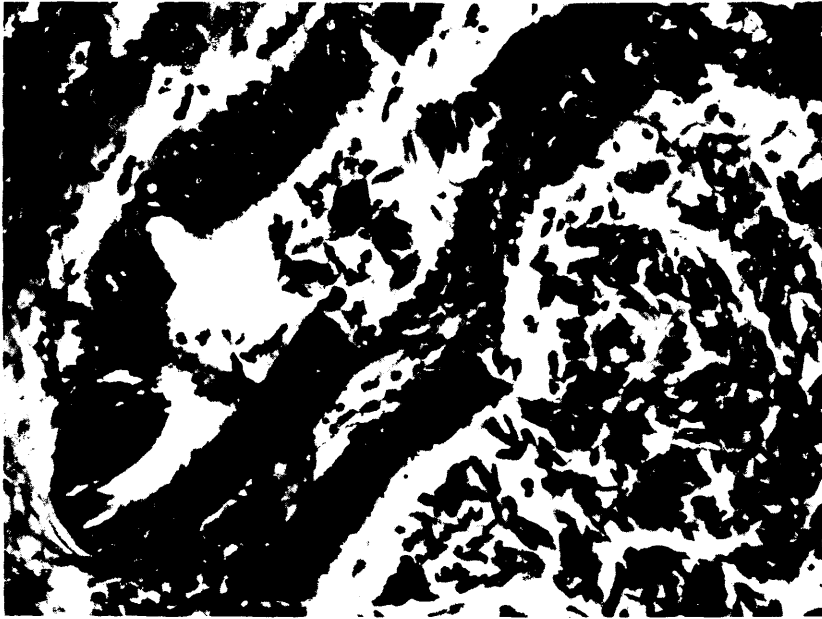


Fig. 46

Ob. nº 38. Conducto revestido por epitelio cilíndrico y rodeado de tejido fibroso. Fistula tiroglosa

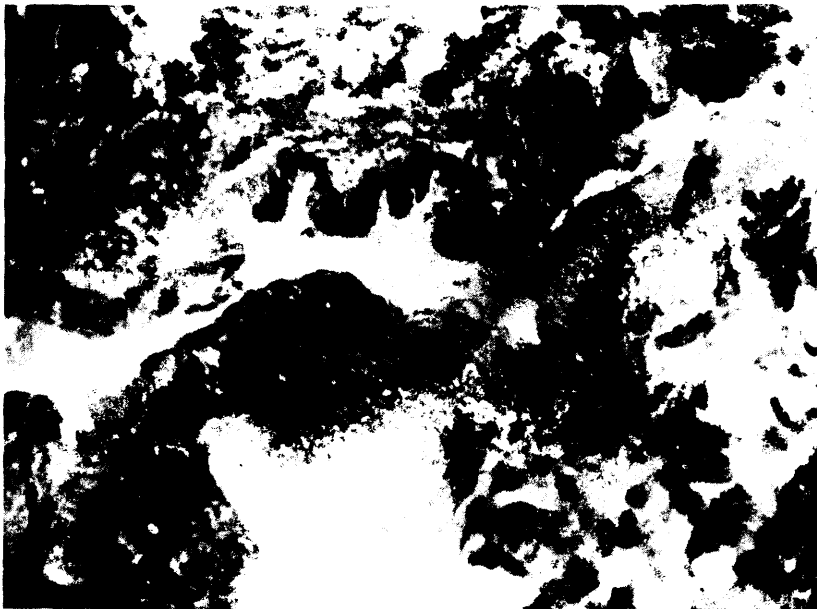


Fig. 47

Ob. nº 38. Detalle del epitelio cilíndrico pseudo-estratificado y ciliado. Mismo caso de la Fig. 46

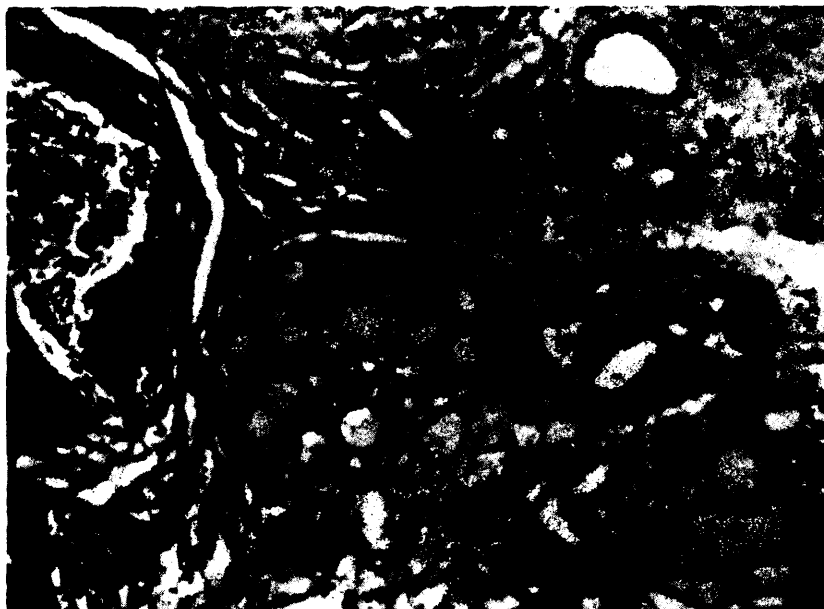


Fig. 48

Ob. nº 38. Folículos tiroideos en la vecindad del conducto.
Mismo caso de las Figs, 46 y 47

El estratificado que tapiza el conducto se encontraron vesículas tiroideas. Vestigios tímicos hemos encontrado en otro caso (Ob. 26 [fig.35]) donde con un conducto revestido por epitelio variable en ocasiones de cierto aspecto pavimentoso y en otras cilíndrico cúbico o multiseriado, se encuentran un tejido conjuntivo fibroso de aspecto cicatricial en el que se distinguen tejido adiposo en islotes y formaciones linforeticulares con algunos cuerpos de HASHAL por lo que "se identifican como vestigios tímicos".

Quistes y Fístulas branquiales

=====

El tapizamiento de los restos de la segunda hen-

didura branquial está compuesto por epitelio el cual puede recordar el epitelio respiratorio o la piel, o ambos y está rodeado por fibras musculares de variado espesor. Recordemos las estructuras embriológicas que representan y esos han de ser los hallazgos histológicos.

El tapizamiento de estas fistulas y quistes está constituido por un epitelio denso, con una capa de columnar ciliado o de células escamosas estratificadas, pudiendo encontrar también epitelio cúbico. El tejido muscular de variado espesor que las rodea, así como el tejido conjuntivo laxo en la misma situación se combinan con existencia de ciertas zonas de abundante tejido linfoidal, hallazgo este último tan típico que los quistes reciben el nombre de linfo-epiteliales.

Veamos los hallazgos de nuestras series; Ob. nº 5: "formación ductal o microquistica revestida por epitelio cilíndrico pseudoestratificado alguna de cuyas células es caliciforme. Bajo el epitelio, existe una cierta población linfocitaria. En algún punto el epitelio muestra una transformación epidermoidea incompleta". Ob. nº 6: "epitelio que solo en una mínima proporción es plano poliestratificado mientras que en su mayor parte es cilíndrico, pseudo-estratificado ciliado con células caliciformes como corresponde a epitelio respiratorio. Bajo este epitelio existe un tejido conjuntivo laxo que contiene en zonas folículos linfoides con centros claros". Ob. nº 7: "epitelio que en parte es plano poliestratificado y en parte de morfología intermedia a un epitelio cilíndrico



Fig. 49

Ob. 5. Pequeño quiste revestido por epitelio cilíndrico bajo el que existe muy escasa cantidad de tejido linfóide. Malformación branquial



Fig. 50

Ob. 6. Quiste revestido por epitelio cilíndrico bajo el que existe una moderada cantidad de tejido linfóide. Malformación branquial

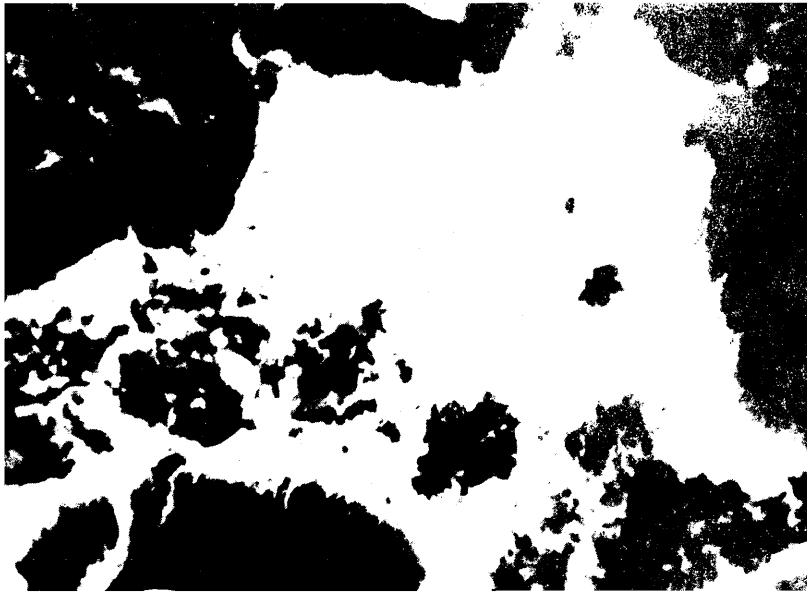


Fig. 51

Ob. nº 35. Conducto revestido en parte por epitelio cilíndrico y en parte por epitelio plano. Fístula branquial



Fig. 52

Ob. nº 36. Quiste revestido por epitelio plano poliestratificado. Quiste branquial

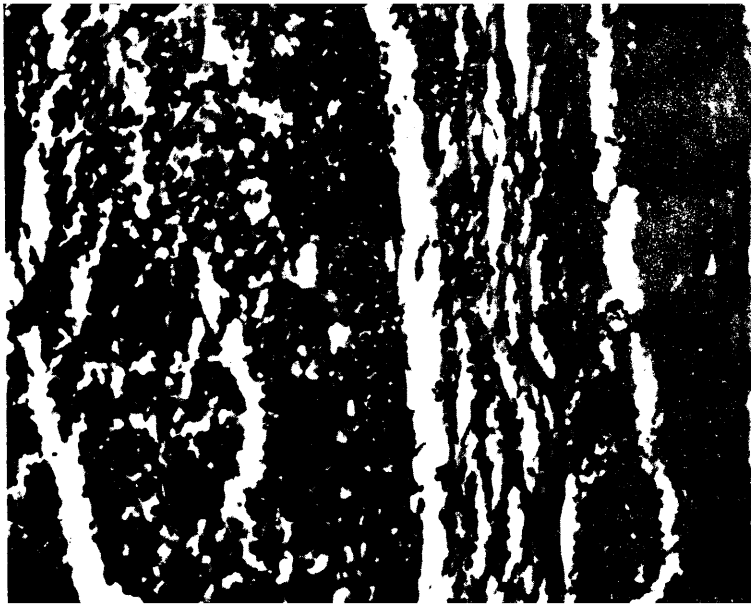


Fig. 53

Ob. nº 36. Bajo el epitelio existe abundante tejido linfoide. Quiste branquial. Mismo caso de la Fig. 52



Fig. 54

Ob. nº 36. Tejido linfoide. Contiene folículos con amplios centros claros. Quiste branquial. Mismo caso de las Figs. 52 y 53



Fig. 55

Ob. nº 40. Tejido fibroso engobando vasos y nervios
Clínicamente fistula branquial

pseudoestratificado. Existen múltiples formaciones linfoides consistentes en nodulos y folículos con amplios centros claros". Ob. 36 "epitelio plano poliestratificado mas o menos perfecto en su organizacion que es capaz de queratinizarse y muestra dentro de él muy claramente en algunas zonas, un estrato de celulas granulosas. Inmediatamente bajo el epitelio existe un tejido linfoide sin disposicion especial o constituyendo folículos linfoides" (Figs. 52,53,54). Estos hallazgos vuelven a repetirse en la Ob. 39 "epitelio que en zonas es plano poliestratificado de tipo epidermoide y en zonas cilindrico de tipo respiratorio. Bajo el epitelio existen abundantes formaciones linfoides". Este caso demuestra perfecta-

mente como la estructura histológica corresponde a los supuestos de la embriología. Igualmente en nuestra Ob. 45 los hallazgos típicos se superponen al resto de los casos hasta ahora descritos.

En dos de nuestras Obs. (nº 35 y 54) existía epitelio plano poliestratificado y en zonas epitelio cilíndrico mono o poliestratificado o pseudoestratificado; en la otra epitelio plano estratificado, pero en ninguna de las dos se encontraron los elementos linfoides característicos. En ambos casos clínicamente y bajo el punto de vista de la anatomía operatoria se trataba de fistulas branquiales. Una de nuestras observaciones (nº 40) corresponde al único caso de quiste branquial con fistula secundaria a infección, estimando su origen branquial por su clínica e igualmente por el trayecto anatómico típico de la fistula que en la intervención operatoria resultó ser un cordón fibroso sin luz. En el examen histológico no se encontraron ninguno de los elementos característicos y el dictamen fue "tejido fibroso cicatricial" (Fig. 55). Bien pudiera ser un raro caso de los descritos como curación post-infección por destrucción del tapizamiento epitelial interno.

No hemos de acabar sin comentar, aunque sea brevemente cierto tipo de confusión creada por la clásica clasificación de TERRIER y LUCENE de los quistes branquiales. Estos autores distinguen:

1º Quistes de tipo dermoide, cuya pared reproduce el aspecto del epitelio pavimentoso estratificado con capa

corneificada, reposando sobre una capa dermica con folículos pilosos, pelos, glandulas sebaceas y quizás esbozos de glandulas sudoríparas. Estos dermoides cervicales no contienen jamas dientes, ni tejido oseó. Su contenido es grumoso, espeso-amarillento o grisáceo y excepcionalmente oleoso.

Para nosotros esta descripción no es mas que la de un quiste dermoide perfectamente descrito y que no tiene nada que ver con los branquiales o linfo-epiteliales de los que nos estamos ahora ocupando, aunque haya que aceptar el hecho que a expensas de las hendiduras branquiales en su parte externa podrian presentarse quistes por inclusion de naturaleza dermoide o epidermoide, y de hecho en uno de nuestros casos así ha ocurrido. Presencia de tejido epidermoide en nuestras observaciones (nº 5 y 39) si bien acompañado de los elementos típicos del quiste branquial.

2º Quistes amigdaloides o faringoides, tapizados por epitelio pavimentoso estratificado y que reproducen o que intentan reproducir el epitelio buco-faríngeo, de ahí el termino de faringoides. Una capa linfoidea espesa dobla el epitelio algunas veces y le da un aspecto analogo a la amígdala en vias de desarrollo (quistes amigdaloides). En cierto modo vemos descrita aquí la histología típica de los quistes branquiales. Por otra parte ademas los dermoides y epidermoides por la mayoría de los autores han sido, al igual que nuestros

casos, siempre han sido encontrados en línea media. Bien es verdad que los dermoides y epidermoides se localizan en línea media por ser línea de fusión, hecho que también ocurre a nivel de las hendiduras branquiales.

Linfangiomatosis Quísticas o Higromas =====

La pared del quiste es de tipo fibroso con tejido conjuntivo y gran variedad celular. Hay infiltración linfocitaria aún en ausencia de infección. Normalmente la tumoración consiste en un conglomerado de quistes tapizado por un epitelio plano y separados por delgados tabiques comunicando unos entre sí y otros no, y entre los primeros, unos lo hacen por comunicaciones muy estrechas y otros muy amplias. Pueden existir interespacios con zonas de intensa infiltración linfocitaria que pueden ser causa de componentes nodulares del tumor. Estas infiltraciones linfocitarias se ven más en las partes más profundas de la lesión (SWENSON). Pueden no tener capsula que los limite, lo que en el acto operatorio es una evidente dificultad. Esta masa multilocular está formada de bolsas fluctuantes, transparentes, translúcidas, blancuzacas, azuladas o rojizas y de volumen muy desigual. Unas veces cuatro o cinco bolsas de tamaño mediano, acompañadas de otras más pequeñas que en ocasiones pueden ser incontables como en el caso descrito por LANNELONGE de más de ochocientas. En los casos en que se sospecha una estructura unilocular, puede haber bolsas laterales separadas por tabiques fibrosos, que

Que sin embargo comunican libremente con la cavidad principal. En estos casos la puncion de alguna de las camaras accesorias resulta en un colapso total de toda la estructura. Aún en estos quistes, aparentemente unicos se encuentra con regularidad el tejido periferico o la pared del saco algunos pequeños quistes microscopicos, o no tan necesariamente microscopicos



- Fig. 56-

Ob. nº 4. Cavidad anfractuosa revestida por endotelio y cuya pared está constituida por tejido conjuntivo laxo. Linfangioma quistico

que no poseen comunicacion con la cavidad principal. Hay pues practicamente en todos los casos estructura multilocular.

Los linfangiomas quisticos suelen contener un fluido caracteristico claro, identido a la linfa, usualmente incoloro, aunque puede haber un ligero tinte amarillento, que es debilmente alcalino y que contiene albumi-

na y cloruro sodico. Tras hemorragias quísticas o después de un traumatismo, aunque sea mínimo, hecho que no puede sorprendernos ya que los capilares y los espacios cavernosos están íntimamente asociados al higroma, pueden adquirir una coloración amarillenta, achocolatada o sanguinolenta. En presencia de infección el líquido puede ser seroso, sero-purulento, filante y más o menos espeso.

OMBREDANNE insiste en la frecuencia de la exis-



- Fig. 57 -

Ob. nº 4. Mismo caso de la Fig. 56

En ocasiones en la pared de las formaciones quísticas se reconoce músculo estriado

tencia de adenopatías encontradas en los puntos en los que el linfangioma parece implantarse a lo largo de los grandes vasos del cuello. Son conjuntos de ganglios algo más grandes que huesos de cereza y aún más voluminosos

bastante duros y sin periadenitis. Parece tratarse de una hipertrofia simple sin infeccion microbiana.

En una de nuestras observaciones (nº 34) la pie-



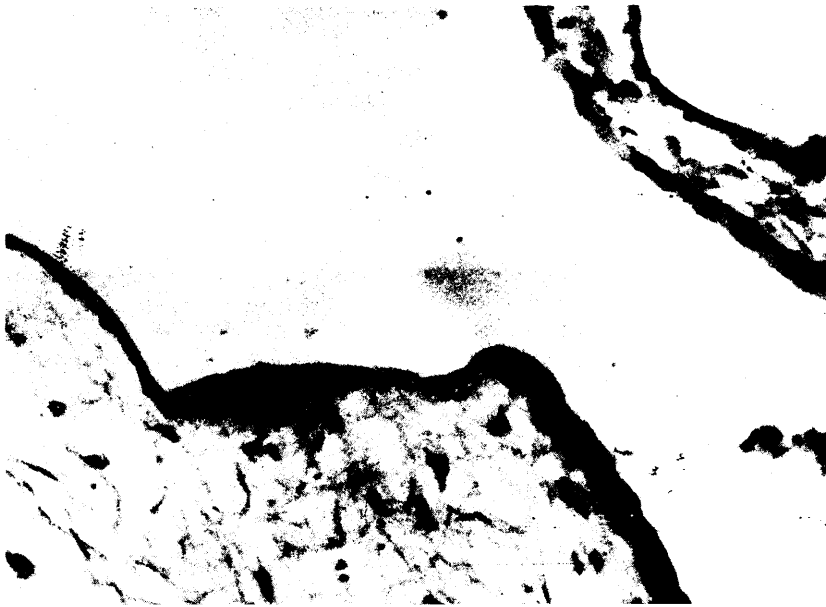
- Fig. 58 -

Ob. nº 23. Linfangioma quistico del cuello. (Hygroma colli). Aspecto multiloculado de las formaciones quisticas

za extirpada comprendia varios ganglios linfaticos de estructura conservada y sin alteraciones revelantes, salvo la dilatacion de los linfaticos que abocaban a ellos. En otra (nº 47) igualmente se extirpó un ganglio que presentaba una estructura general bien conservada con un numero relativamente elevado de centros claros y en alguna zona sinusoides que están dilatados con una luz rellena de celulas hematicas y reticulares sin otras alteraciones significativas. Algunos vasos del hileo de este ganglio estan dilatados y en su luz se apreciaba una subatancia homogenea de color rosado, probable-

mente linfa.

El tapizamiento típico característico del linfangioma es endotelio plano. Debido a la forma descrita de crecimiento de esta formación quística, pueden encontrarse también en su pared, pequeños vasos, nervios y tejido muscular. Nos encontramos con una estructura constituida por una pared quística de tejido fibroso y conjuntivo con una gran variedad celular, con revestimiento interno de epitelio e infiltración linfocitaria y posible presencia de vasos, nervios y músculo. Veamos nuestras observaciones.



- Fig. 59 -

Ob. nº 23. Linfangioma quístico del cuello. Mismo caso de la fig. 58. Detalle del revestimiento endotelial de las cavidades y del tejido conjuntivo laxo de sus paredes

"La pared del quiste está revestida por epitelio plano monoestratificado de carácter endotelial

por debajo del cual se observa un tejido conectivo laxo con algunas fibras musculares estriadas y pequeños islotes de tejido adiposo. En ocasiones existen algunos acumulos de linfocitos (Ob. 4, Figs. 56 y 57)

"Cavidades tapizadas por tunica vascular con notable neoformacion vascular capilar y de vasos propios. En la trama conjuntiva se aprecian focos de infiltracion linfocitaria circunscritos y difusos"(Ob. 12)

"Las cavidades aparecen revestidas por celulas aplanadas de aspecto endotelial bajo el cual existe tejido conjuntivo laxo" (Ob. nº 23. Figs. 58 y 59)

En otra de nuestras observaciones (nº 30) la estructura tipica del linfangioma se conservaba a pesar de que un tratamiento radioterapico, no indicado por nosotros, habia reducido el tamaño del linfangioma que en el momento de la extirpacion estaba constituido por unos nodulos duros. Los hallazgos histologicos fueron "tejido fibroso denso, revestido en parte por celulas de aspecto endotelial. La superficie de la pared no es lisa sino que existen anfractuosidades tambien revestidas por endotelio. En la zona externa de la pared existen algunas cavidades de aspecto linfatico". Analogos hallazgos son los de nuestras observaciones restantes (nº 47,51 y 52) con sus cavidades tapizadas en todos los casos por endotelio,

La naturaleza del higroma quistico ha sido objeto de diversas y contradictorias opiniones. El concepto de "neoplasia clinicamente benigna" de OMBREDANNE por su facultad de producir nuevas cavidades, está actual-

mente superado y no es posible aceptar el clasico criterio de este autor que los denomina "embriomas mixtos", aunque al lado de elementos linfangiomatosos podamos encontrar tejido fibroso y cartilaginoso. Es mas aceptable la idea de FEVRE que habla de malformacion tumoral (hamartoma)

WILLIS, como ya dijimos, estableció la verdadera naturaleza de la tumoracion. Como vimos, la acumulacion de fluidos con progresiva formacion de canales laterales y en algunos casos existencia de trombosis y organizacion suficiente para que crezca el higroma. La presencia de canales linfaticos y quistes en el tejido de envoltura no se debe reconocer como un proceso invasor proliferativo, sino como un hecho necesario a una malformacion vascular como se ve en los hemangiomas.

La anatomia patologica de estas malformaciones tumorales linfaticas fué establecida por LANDIN y FARBER que hicieron la siguiente clasificacion, abundando en el criterio de que la misma malformacion basica se manifiesta en una variedad de formas.

A.-

Linfangioma simple o capilar con espacios tapizados por epitelio plano o cubico, conteniendo un fluido muy claro. Hay un estroma de tejido fibroso. Puede presentarse como una tumoracion nodular localizada o puede ser difusa, causando aumento de tamaño en las estructuras donde se localiza. En la lengua y en los labios los tipos difusos dan origen a gran

aumento (macroglosia linfangiomatosa y macrochilia).

Los linfangiomas capilares tambien ocurren en la piel y en tejido celular subcutaneo y en el musculo

B.-

Linfangioma cavernoso. Constituido por canales linfaticos. Tumefaccion circunscrita o difusa, tapizada por endotelio y formada por espacios que comunican unos con otros. Contienen linfa que puede estar coagulada

C.-

Linfangioma quístico; Es el verdadero higroma quístico compuesto por quistes multiloculares, que pueden o no comunicar unos con otros y están tapizados por endotelio

En la practica en un linfangioma quístico podemos encontrar tejidos que corresponden a las tres descripciones, si bien uno de ellos es el que predomina. El punto en el cual la lesion es suficientemente grande para ser clasificada como quiste no puede ser bien definido

En nuestros casos podriamos segun los hallazgos histologicos denominar como caverbosa la Ob. 47, mixtos caverboso-quísticos las Obs. 3o y 34. Y de tipo quístico los casos nº 4,12, y 23.

-----ooo000ooo-----



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

=====

Dermoides y Epidermoides

=====

Su situacion en linea media cervical plantea siempre su diferenciacion con los tiroglosos, por lo general los dermoides son de mayor tamaño y tambien mas superficiales, contrastando con el caracter profundo de los tiroglosos. Tambien tienen una preferencia mayor por la localizacion sub-maxilar y suprahiodea.

Al no estar adheridos al hiodes no siguen tan claramente como los tiroglosos los movimientos de deglucion. Pero cuando hay adherencia hiodea (proceso infectivo previo) su diferenciacion es practicamente imposible y el diagnostico lo establece solamente el examen histologico. Tal es el caso de nuestra Ob. nº 17. El diagnostico de quiste epidermoide fué hecho por el patologo, clinicamente pensamos que se trataba de un quiste tirogloso con fistula secundaria. Por otra parte los datos clinicos y radiologicos de nuestra Ob. 42 indicaban se trataba de un quiste dermoide y así efectivamente fue. Igualmente ocurrió en nuestra Ob. 46, en la que los datos clinicos y operatorios (no conexion hiodea) hicieron presumir se trataba de un quis-

te dermoide o epidermoide, siendo el diagnostico histologico de epidermoide. En nuestra Ob. nº 50 los datos clinicos no estaban tan claros como para suponer no fuera un tirogloso, pero los hallazgos operatorios en cuanto a su ausencia de conexiones hioideas nos hicieron descartar esa posibilidad. Se trataba efectivamente de un quiste epidermoide.

Su diferenciacion con los quistes branquiales (de localizacion lateral) no se nos ha presentado nunca en nuestros casos. Sin embargo si recordamos los problemas que nos planteamos en el capitulo de la anatomia patologica, si pueden presentarse dermoides con esta localizacion lateral, por ejemplo el tan conocido caso de FEVRE en una niña de trece años con localizacion submaxilar en borde anterior del esterno-cleido-mastoideo derecho.

Añadamos ademas que todos los dermoides de localizacion medio cervical plantean los mismos problemas diagnosticos diferenciales con tumoraciones de la misma localizacion al igual que los quistes tiroglosos y lo que inmediatamente vamos a decir de estos podemos aplicarlo a los dermoides y epidermoides

Quistes y Fistulas tiroglosos =====

El problema mas serio de diagnostico diferencial lo plantea una masa tiroidea ectopica, ya que en estos casos esta masa puede ser el unico tejido tiroi-

deo que tiene el niño y como es lógico su extirpación crearía problemas muy serios. La importancia de esta cuestión es tal, que la dedicaremos un comentario especial mas adelante.

Adenitis Sub-mental

Los ganglios sub-mentonianos infectados y supurados pueden tomarse por un quiste infectado del ductus tirogloso. No obstante su situación habitual mas alta en la adenitis inmediatamente por detras del borde del maxilar. Usualmente no presentan problema de diagnostico diferencial ya que originada la infeccion en los dientes, labio inferior o barbilla se distingue claramente su causa. El ganglio, raramente unico, está alargado verticalmente, es sensible y no sigue al hiodes en los movimientos de deglucion. Cuando la periadenitis los fija a los tejidos vecinos el error es mas facil, ya que en los dos casos tan solo se ve una imagen inflamatoria difusa. Veremos un tumor pre-hiodeo duro y a su extirpacion se encuentra un ganglio alterado.

Nuestro caso nº 18, es un claro ejemplo de error. Clínicamente parecía un quiste tirogloso pues se presentaba como una tumoracion del tamaño de una almendra en situación infra-hiodea, línea media cervical, que aumentó y disminuyó de tamaño durante algun tiempo. En la intervencion quirurgica se comprobó que no existia relacion alguna con el hiodes y si existian caracteres macroscopicos de ganglio linfatico. El diagnostico histologico fué de hiperplasia reticular reac-

tiva (Adenitis cronica inespecifica)

Lesiones Tuberculosas

Las supuradas con origen mediastinico disecan hacia arriba los tejidos y exteriorizandose a traves de la piel pueden confundirse con un sinus tirogloso, aunque puntualizemos que su orificio cutaneo estará normalmente por debajo del istmo tiroideo. En un enfermo con un sinus que se abra muy bajo, habrá que excluir esta posibilidad, debida a tuberculosis de ganglios linfaticos del mediastino. Hemos de concluir afirmando que en el momento actual este tipo de lesiones debemos considerarlas sumamente raras.

Vestigios Branquiogenicos

Raramente hay problemas en su diferenciacion. Por su posicion ya hemos visto que son mas laterales pues como ya sabemos suelen localizarse a lo largo del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo. Los quistes tiroglosos pueden desplazarse algo de un lado al otro del cuello. pero raramente este desplazamiento suele ser tan grande como para confundirlos con los branquiogenicos. Igualmente las fistulas branquiales tienen una localizacion mas lateral, mientras las tiroglosas siempre secundarias, lo que sería otro dato para su diferenciacion, ya que las branquiogenicas son primitivas, estarían admas siempre en la línea media. Sin embargo puede que en algunas ocasiones un quiste situado lateralmente es indiferenciabile del branchio-

genico hasta que en la intervencion quirurgica un tracto conduce hasta la porcion media del hiodes. En una de nuestras observaciones la falta de informacion adecuada en un caso que llegó a nosotros despues de varias operaciones, presentaba una fistula con la típica localizacion lateral de fistula branquial (Ob. nº 19). En la intervencion quirurgica el trayecto fistuloso nos condujo al hiodes, luego se trataba de una fistula tiroglosa. Lastima que el diagnostico histologico no nos aclaró el problema, ya que fué de "tejido de granulacion", como suele pasar en estos casos de recidiva.

Lipomas

En el cuello son muy raros. Tienden a ser ligeramente lobulados y menos esfericos que los tiroglosos. No estan adheridos al hiodes. Sobre estas bases el diagnostico diferencial no ofrece dificultad.

Quistes o Tumores tiroideos o para-tiroideos

Ocasionalmente es necesario efectuar esta diferenciacion. Son excepcionales en estas edades y se encuentran formando cuerpo con la glandula y en situacion lateral, no exactamente en linea media. Como ya indicamos, de los problemas de diferenciacion tiroidea se hablará mas adelante.

Hemangioma

Hemos tenido un caso de un niño de un mes que presentaba desde el nacimiento una tumoracion redondeada eliptica del tamaño de una nuez, situada en linea me-

dia del cuello en region sub-maxilar y que planteó el diagnostico diferencial con un quiste tirogloso supra-hiideo. La intervencion quirurgica demostró se trataba de un hemangioma.

Hendidura media cervical

Puede quizás confundirse alguna vez con una fistula tiroglosa. Se debe a una falta de fusion en linea media de las masas laterales branquiales. Se caracteriza por la existencia de una linea cruenta vertical, rojiza, ligeramente deprimida y de unos cuatro o cinco milímetros de ancha. En sus vertices superior e inferior, areas de secrecion, hay una ligera protuberancia de tejido que cae hacia arriba y abajo en la linea media del cuello.

Quistes y Fistulas Branquiogenicos =====

Mientras el diagnostico de un quiste branquial se efectua con poco dificultad no hay que olvidar que a pesar de su caracter congenito la lesion puede permanecer por algun tiempo ignorada si no hay cambios inflamatorios. El quiste branquial debe ser distinguido de una tumoracion solida o quistica del cuello. Tendremos en cuenta en primer lugar su especial localizacion y sus caracter unico. Por otra parte la punccion y aspiracion de su liquido interno demuestra la existencia de cristales de colesterol, signo patognomnico de los quistes branquiales segun indican HAMILTON

y BAYLEY. No creemos necesario efectuar la puncion bajo el punto de vista practico.

Dentro del planteamiento del diagnostico diferencial de estas formaciones tendremos en cuenta en primer lugar las de origen linfatico

Adenitis Piogena

El quiste branquiogenico infectado hace muy dificil el diagnostico diferencial con una adenitis piogena de localizacion similar. Las adenitis banales suelen tener un foco infeccioso infectado en su vecindad. Un cuidadoso interrogatorio de los padres, revela una historia de masa indolora en el cuello y su evolucion suele aclarar el diagnostico. No olvidemos sin embargo el hecho de que una amigdalitis aguda puede producir la infeccion de un quiste branquial hasta entonces inadvertido y ponerlo así de manifiesto.

Adenitis Tuberculosa

Hay cierta dificultad diagnostica con la adenopatía tuberculosa cervical aislada que realiza una monoadenitis a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo. Cuando existe una adenitis tuberculosa fistulizada suelen encontrarse normalmente mas de un trayecto tuberculoso con fistulizacion, y de estas fistulas cutaneas salen unas masas caseosas grumosas, encontrando ademas varios ganglios linfaticos engrosados. En estos casos puede ser de gran ayuda las pruebas especificas. Por lo general existe una reaccion po-

sitiva a la prueba tuberculínica, ya que es infrecuente exista una adenitis tuberculosa sin que sea tuberculín-positiva. Excepcionalmente puede hacerse una puncion y examen del liquido obtenido, puncion que tambien puede aprovecharse para la introduccion de material opaco, solucion iodada, tal como ha sugerido WANGESTEN. El hallazgo de una cavidad redondeada al examen radiologico debe inclinarnos al diagnostico de quiste branquial, mientras que una pared irregular es mas tipica de lesiones tuberculosas y de supuraciones de otro tipo. Añadimos una vez mas, como comentario personal que somos totalmente contrarios a este tipo de exploraciones.

Linfomas

Puede existir una posible confusion, ya que inicialmente aparecen como una simple masa indolora en cuello. La existencia de una esplenomegalia y/o linfadenitis mas o menos generalizadas indican mas un diagnostico de linfomas que de quistes branquiogenicos. Recordemos ademas que frecuentemente el linfoma va acompañado de un aumento de tamaño, aunque puede que solo minimo, de otros ganglios de la region cervical. Una radiografia de torax es de valor para descartar la existencia de ganglios linfaticos hipertrofiados en mediastino.

Linfangiomas

El higroma quistico o linfangioma no debe confundirse nunca con los quistes branquiogenicos, pues aun-

que existe analogía localización regional, los linfangiomas presentan una consistencia elástica mucho más blanda, se dejan limitar más difícilmente, suelen ser más voluminosos y con transluminación positiva. Tendremos en cuenta sin embargo, que existen quistes branquiales irregulares, multilobulados e incluso poliquísticos, eventualidad muy rara que a nosotros nunca nos ha ocurrido. Por otra parte existen linfangiomas pequeños y bastante firmes que pueden confundirse con quistes branquiales, cosa más verosímil.

La aspiración de los linfangiomas proporciona un líquido acuoso-claro o pálido-amarillento. La aspiración de un quiste branquial da un fluido espeso con los cristales de colesterol ya indicados. Pero sin embargo GOETSCH encuentra en el fluido del hígroma quístico en forma ocasional cristales de colesterol. Por nuestra parte hemos encontrado un líquido intraquístico en linfangiomas con colesteroína o colesterol en nuestras Ob. nº 51 y 52 respectivamente, en punciones per-operatorias. Sin embargo repetimos que seguimos siendo contrarios a todo tipo de punción en estas formaciones, y las consideramos de resultado poco práctico, ya que en un caso u otro el tratamiento será siempre quirúrgico.

Lipomas

Repetiremos lo ya dicho. Diagnóstico fácil dada su situación y características a la palpación.

Neurinoma

Hemos tenido un caso de al parecer claro diagnóstico de quiste branquial bajo el punto de vista clínico. Se trataba de una niña de trece años que presentaba una tumoración cervical de forma ovoidea del tamaño algo mayor que un huevo de gallina situada por delante del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo. En la intervención quirúrgica se extirpó una masa localizada en la bifurcación de ambas carótidas. El diagnóstico de quiste branquial nos pareció evidente, sin embargo el informe histo-patológico nos sacó de nuestro error, se trataba de un neurinoma tipo A de ANTONI.

Linfangiomias e Higromas Quísticos =====

Su diagnóstico usualmente no debe presentar problemas. La blandura del tumor es de consistencia muy característica a la palpación, reconociéndose una forma esponjosa mas o menos depresible. Su línea indefinida de localización y su habilidad para transmitir la luz son tan características que el tumor puede ser identificado en la mayoría de los casos. Los errores diagnósticos deberán ser excepcionales. La noción de un tumor existente desde el nacimiento es un testimonio muy particular en favor del linfangioma quístico. Sin embargo no hemos de olvidar que su peculiar consistencia puede alterarse por fenómenos hemorrágicos o inflamatorios. Veamos como ejemplo una de nuestras observaciones (nº 51) en la que se trataba de una ni-

ña de un mes, que presentaba una tumoración en región supraclavicular derecha con la típica palpación blando-elástica de un linfangioma. Cuarenta y ocho horas más tarde la tumoración era dura y muy tensa y la transluminación negativa. Se trataba realmente de un linfangioma que había sufrido una hemorragia intraquistica, hecho que bastó para alterar las condiciones conocidas como típicas.

El diagnóstico diferencial con el quiste branquiogenico ya ha sido descrito anteriormente al tratar de estos quistes. Haremos el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones de localización cervical.

Lipomas

Los lipomas pueden ser similares en su consistencia y en sus límites vagos. Es un tumor relativamente poco frecuente en los niños y muy raro en el neonato. Puede por otra parte coexistir con el linfangioma. Suele ser más un problema diagnóstico en masas blandas del tronco o de la axila en niños mayores. Algunas veces son verdaderamente fluctuantes, pero su transluminación es negativa. No suelen plantear realmente una gran dificultad en el diagnóstico diferencial. Tan solo pueden dar lugar a confusión con los pequeños linfangiomas cervicales.

Hemangiomas

En algunas ocasiones es imposible determinar si una masa blanda y sub-cutánea puede ser un higo-

ma quístico o un hemangioma. Usualmente cuando la lesión es predominantemente vascular hay vasos muy marcados en la piel y una coloración azulada puede hacernos identificar la tumoración mas como hemangioma que como linfangioma. El angioma profundo del cuello puede estar asociado con el linfangioma, pero es mucho mas raro. La punción puede dar sangre en ambos, pero nunca podrá confundirnos la sangre negruzca que colapsa parte de la cavidad quística y que deja de fluir una vez vacía la cavidad en el linfangioma, con la hemorragia de sangre roja del hemangioma (¡punción no exenta de peligro!). Los hemangiomas no se transiluminan.

Encefalocele

La única dificultad en el diagnóstico diferencial del linfangioma que ha tenido RICKHAM fué con una tumoración que se exteriorizaba a través de un defecto óseo en el temporal derecho y que pasando por debajo del zigoma desplazaba la pared de la faringe hacia adentro y el lado afecto del paladar hacia abajo y se extendía en el cuello como una masa fluctuante y translúcida. Esta masa, causaba serios trastornos respiratorios en periodo neo-natal, y fué necesario efectuar una traqueostomía. El tumor era unilocular y la radiografía después de la inyección de un medio opaco, así como el análisis del fluido que probó ser líquido cefalorraquídeo, condujo al diagnóstico de encefalocele.

Teratoma Cervical

Es la localización mas rara de este tipo de tumores. Estos teratomas cervicales tienen una relación muy estrecha con la glándula tiroides. Suelen ser de gran tamaño, parcialmente sólidos y parcialmente quísticos y su localización es la línea media cervical extendiéndose a ambos lados, muy en la forma de nuestra observación nº 15 (linfangioma). Son por las características antedichas mucho mas sólidos que los linfangiomas, no suelen fluctuar tanto, y su transluminación es parcial o totalmente negativa. Por otra parte pueden producir la misma sintomatología compresiva en el periodo neo-natal que los linfangiomas. Normalmente en uno de estos casos, si se demuestra la naturaleza quística exclusiva debemos pensar en linfangioma. Si la formación es totalmente sólida o mixta quística debemos inclinarnos al diagnóstico de teratoma. Por ultimo señalemos el error diagnóstico muy poco probable segun indice FEVRE con un bocio quístico congenito. En los teratomas pueden encontrarse calcificaciones visibles a la exploración radiológica.

-----00000000-----

TUMORACION DE CUELLO Y TIROIDES

=====

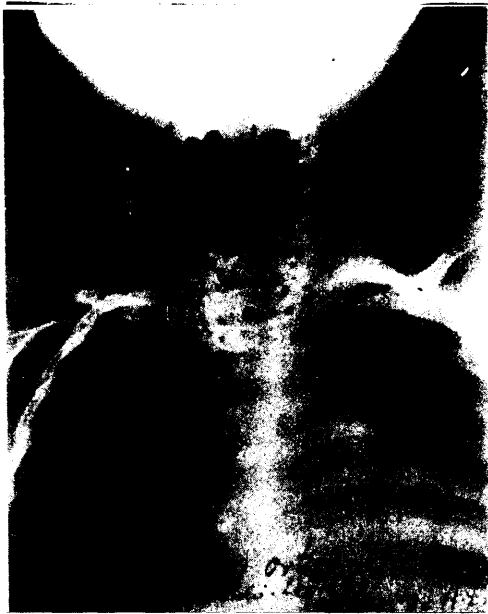
"Es necesario tener constantemente presente la posibilidad de un tiroides ectopico simulando un quiste tirogloso" dice FEVRE. A esto hemos de añadir que hay que ampliar esta eventualidad a toda tumoracion existente en linea media cervical anterior. En nuestro caso incluimos por tanto tambien los dermoides y epidermoides.

En un simple examen fisico es imposible diferenciar un tiroides ectopico de un quiste tirogloso o dermoide de la misma localizacion, debe entenderse siempre sin fistula. Su apariciencia y localizacion son parecidas. Usualmente estos enfermos con alteracion congenita de posicion del tiroides tienen todo su tejido glandular en una masa redondeada medio-cervical. STRICKCAM da como un hecho posible la extirpacion de tiroides ectopico creyendo sea un quiste tirogloso. Dice, que en tres casos cometieron este error y produjeron hipotiroidismo, aunque parece ser que el hipotiroidismo estaba ya establecido antes de la intervencion quirurgica y que el aumento de la masa fué debido a una accion compensadora.

MATUK MORALES y JACOME ROCA citan tambien dos casos de tiroides ectopico extirpado creyendo se tra-

taba de quistes tiroglosos, en ninguno de ellos existia tiroides en su localizacion normal. La extirpacion erronea de estas masas conduce fatalmente al enfermo a un cuadro de hipotiroidismo.

Nosotros no hemos tenido este problema en ninguno de nuestros casos, pero esta posible presentacion plantea efectivamente la indicacion de efectuar o no, gammagrafia tiroidea en los casos de quistes de localizacion medio cervical anterior. Para ABPAIX todos estos



- Fig. 60 -

Ob. nº 47. Masa antero-lateral izquierda por dentro del esternocleidomastoideo. Tamaño de una naranja. Gammagrafia tiroidea normal.
Linfangoma

enfermos deben ser sometidos a esta prueba en el pre-operatorio, y aconseja utilizar para los niños el tecnecio 99 o el I-131 o el I-132. Basandose en la poca toxicidad de la prueba igualmente la aconsejan en todos los casos KATZ y ZAGER. En nuestra opinion si consideramos de una parte la sencillez de esta exploracion propuesta por dichos autores, unida a los desastrosos resultados publicados con

produccion de hipotiroidismo, parece ser que tendria una precisa indicacion la gammagrafia tiroidea en todos los

casos, pero en realidad pensamos que esta cuestion ha sido un tanto exagerada.

Debe efectuarse la gammagrafia cuando existen dudas clinicas, pero no solo en los quistes de localizacion medio cervical, sino tambien en aquellos en que una localizacion lateral anormal, tamaño infrecuente o

3. Objetivación Gammagráfica No ha sido posible técnicamente, obtener unas imágenes gammagráficas correctas y expresivas de la situación tiroidea. No obstante, se ha podido comprobar con toda exactitud que la formación palpable es yuxtatiroidea y que desplaza la glándula.
- Con la sonda detectora direccional se demuestra una casi nula fijación del yodo trasador a ese nivel, siendo normal en el resto del tiroidea.



4. OBSERVACIONES

Captaciones normales. No hay descarga precoz de yodo captado por la glándula.

Desplazamiento de la estructuras vecinas por una formación nodular yuxtatiroidea.

- Fig. 61 -

Ob. nº 8. Quiste branquial. La gammagrafia demuestra que la masa es extra-tiroidea, pero produciendo un ligero desplazamiento de esta glándula.

aspectos palpatorios no característicos podrían muy bien beneficiarse de esta exploración, no solo para excluir la presencia de un tiroidea ectópico, sino también

para obtener informacion de la tumoracion en sus relaciones con el tiroides normal (Fig. 61) lo que en la intervencion quirurgica puede sernos de gran utilidad. Tan solo en estos casos creemos indicada esta exploracion, que son los menos.

Pero ademas para un cirujano experimentado las diferentes características físicas entre la suave y avascular superficie de un quiste y el tejido tiroideo son evidentes. En caso de duda podremos efectuar puncion del quiste como aconseja BELTRAN QROWN (peroperatoria) o buscar la localizacion del tiroides en su situacion normal, o abrir la tumoracion antes de separarla de sus estructuras laterales. GROSS encontró tres casos de esta anomalía, en los cuales todo el tiroides era tan solo una masa redondeada en situacion prehiodea. En el primero de los casos se efectuó extirpacion por creer se trataba de un quiste, y necesitó medicacion sustitutiva al menos durante los dieciocho años en que fúe seguido. En los otros dos la naturaleza de la masa fué reconocida en la operacion viendo como los vasos sanguineos penetraban por ambos lados. La masa fué seccionada por la mitad y ambos segmentos vueltos hacia afuera, colocandolos debajo de las cintas musculares del cuello. De este modo los vasos fueron respetados, y el resultado cosmetico fué excelente ya que el tumor quedó totalmente oculto y no se alteró su funcionalismo.

T R A T A M I E N T O

=====

Quistes Dermoides y Epidermoides

=====

Su diagnostico debe comportar una indicacion de extirpacion quirurgica. La mayor parte de las razones que aconsejan extirpar los quistes tiroglosos son aplicables a este tipo de formaciones. Ade mas como dijimos en la Clinica, el diagnostico de quiste dermoide lo hace con certeza solo el histologo, y solo con cierta probabilidad en la operacion el cirujano. La indicacion terapeutica es por tanto la misma que la de los quistes tiroglosos, y la tecnica aplicar similar con la excepcion de la ausencia de relaciones con el hiodes lo que no comporta la reseccion medio-parcial de este hueso. Salvo esta diferencia todas las demas medidas quirurgicas son las mismas

Quistes y Fistulas tiroglosas

=====

Tanto los quistes como las fistulas tiroglosas deben ser operadas en cuanto se haya efectuado el diagnostico. Hay razones importantes para ello. Como

hemos visto el gran peligro de los quistes es su infeccion y fistulizacion consecutiva. Es sabido que las infecciones anteriores dificultan siempre la intervencion, aunque esta haya regresado ya, bien espontaneamente o por tratamiento antibiotico. En cuanto a las fistulas sabemos que una vez producidas son fuente constante de infecciones.

Ademas del problema infectivo hay alguna otra razon para efectuar la extirpacion. No desdeñemos la razon cosmetica. Grande o pequeño el quiste constituye una deformidad que preocupa al enfermito y aún mas a sus padres. En caso de fistula las casi constantes descargas de material muco-purulento constituye una molestia permanente. Pero existe ademas una razon verdaderamente importante para la extirpacion total de estos vestigios del conducto tirogloso y es el peligro potencial de dar lugar a degeneraciones neoplasicas.

La malignizacion de los restos del conducto tirogloso es un asunto de gran interes y constituirán por si solo una razon de gran peso en favor de la extirpacion total en cuanto el diagnostico se efectue, aún en el caso de que no produzca molestia alguna. SWENSON se limita a decir que hay varias comunicaciones de carcinoma desarrolladas a partir de estas estructuras. Dos casos de carcinoma papilar en conducto tirogloso persistente han sido descrito por BOCHETO. El ruso SYCHOV entre treinta y seis quistes y fistulas laterales y medios del cuello, encuentra un quiste de

línea media cervical con degeneración maligna. TANAKA dedica un trabajo al cáncer originado en conducto tirogloso y POWELL(jr) revisa la literatura y encuentra publicados doce casos de carcinoma, a los que añade dos más de su experiencia personal y está de acuerdo con la conclusión de TANAKA que dice "cuando una fistula o un conducto tirogloso persistente son diagnosticados, la posibilidad de una degeneración maligna nunca debe ser descartada". SNEDECOR publica al mismo tiempo que POWELL(jr) un trabajo con cuatro casos más de carcinoma de este origen. STANLEY y ROBINSON tienen un caso de carcinoma de tiroides originado en un quiste tirogloso. SHEPARD y ROSENFELD en 1.968, recogen treinta y tres casos de la literatura y añaden dos casos personales más del VANDERBIT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, de adenocarcinoma en un quiste tirogloso (tipo papilar). LUI y LITTLER tienen también un caso de carcinoma originado en un quiste tirogloso y por último JONECKO encuentra en un examen histológico de un quiste tirogloso en una mujer de veintisiete años, que su tapizamiento contenía islotes de tejido tiroideo con alteraciones de tipo neo-plásico. Por nuestra parte en ninguna de nuestras observaciones hemos encontrado degeneración maligna.

En caso de infección habrá que tratar esta antes de emprender el tratamiento quirúrgico. Tratamiento antibiótico específico. En general los antibióticos son útiles en el control de la infección, pero no

acaban de ser totalmente resolutivos. Si fuera necesario y ante el fracaso de la antibioterapia la incision y drenaje del quiste son preferibles a la ruptura espontanea, ya que se reduce la duracion de la enfermedad y al paciente le queda una cicatriz mas estetica. Nosotros preferimos efectuar la puncion del quiste y aspirar su contenido con un trocar grueso, aprovechando el fluido purulento obtenido para efectuar cultivo y antibiograma, pudiendo así continuar el tratamiento con el antibiotico especifico. Una vez tratada la infeccion habrá que esperar tanto en el caso del quiste como de la fistula, un cierto tiempo, hasta que la induracion regional evoluciona, antes de intentar la extirpacion, ya que de lo contrario apenas puede delimitarse la pared quistica, y solo se encuentra un tejido de granulacion edematoso con lo cual la intervencion se hace tecnicamente mas dificil y se aumentan las posibilidades de infeccion post-operatoria de la herida. Creemos que la regresion de las alteraciones inflamatorias que acompañan a la infeccion se efectua en un periodo no fijo, depende del grado de infeccion, germen causante, sensibilidad de este al antibiotico o medicacion utilizada, capacidad reaccional individual, etc, etc. Por todo ello resulta un tanto aventurado dar plazos fijos de tiempo para efectuar la operacion una vez pasada la infeccion. Por ejemplo GROB se inclinó por efectuar la intervencion tres o cuatro meses despues de declinar los fenomenos inflamatorios.

Estimamos este plazo muy largo ya que dado el caracter recidivante de estas infecciones pues la causa permanece, hay plazo suficiente durante este tiempo para que nuevamente aparezcan. SWENSON estima que el plazo de espera debe ser de seis semanas, bastante mas corto que el indicado por GROB. Para nosotros la actitud expectante debe comprender el tiempo razonable para que desaparezcan los fenomenos inflamatorios, los sintomas generales si los hubiere y los locales, pero desde luego teniendo al enfermo bajo control medico y posiblemente bajo tratamiento antibiotico. Pero si las medidas instituidas no consiguen dominar la infeccion, en todo o en parte, la unica solucion aún con los riesgos que ello supone será la intervencion quirurgica, que por ejemplo en caso de fistula no habrá que disecar su trayecto sino incindir la en bloque pasando a distancia de ella y de todos los tejidos que parezcan infectados como dice FEVRE, y en caso de quiste ejecutar una tecnica analoga. Se encuadra la fistula y sus adherencias cutaneas por una incision oval que circunscribe la lesion a extirpar, llevandola a cabo en bloque y comprendiendo el quiste infectado y la parte media del hiodes segun los principios de la tecnica quirurgica que mas adelante expon-dremos.

Agentes Esclerosantes

Su utilizacion la consideramos totalmente contraindicada como dice BELTRAN BROWN, y añade GROSS. No creemos que en el tratamiento de las fistulas o quis-

tes tiroglosos deban usarse agentes esclerosantes o cauterizantes ya que no es razonable esperar que la inyeccion de fluidos pueda alcanzar el revestimiento epitelial y sobre todo las prolongaciones de este tal como se ven en los exámenes histologicos de las piezas. Y ademas, dice SWENSON, la cicatriz esclerosa resultante produce irregularidades de la piel que no son cosmeticamente aceptables. Nosotros por nuestra parte, nunca los hemos utilizado, ni considerado la posibilidad de hacerlo.

Radioterapia

No vemos la utilizacion de la radioterapia sobre unas estructuras que como dice SWENSON, "ninguno de sus componentes histologicos es radiosensible". El empleo de radioterapia en las lesiones de cuello tiene un potencial de malignizacion nada despreciable. Tiene un gran interes a este respecto lo que hemos encontrado al revisar la literatura, ya que nosotros no tenemos experiencia personal. EXELBY discute la posibilidad de carcinoma tiroideo y su relacion con la radioterapia del area cervical. ROJO afirma que hay peligro en la produccion de carcinoma de tiroides en niños por radiacion de lesiones benignas del cuello, particularmente en hipertrofia timica y que son de caracter papilar o mixtos. QUERRIER encuentra un cancer del cuerpo tiroides en un niño de catorce años, que habia recibido radiaciones ionizantes en cuello a la edad de dos meses por exploraciones en una fractura de cuello y que a menudo

había sido revisado radiologicamente. HARPER encuentra cuarenta y siete casos de carcinoma de tiroides asociado a radioterapia. HARENESS entre cincuenta y ocho niños con carcinoma de tiroides, exactamente la mitad habían sido radiados en ciertas zonas de la cabeza y cuello previamente. El tiempo medio entre la radioterapia y la aparición del carcinoma fué de nueve años. Es muy interesante el trabajo de HAZEN y cols. en el que encuentran un notable aumento de la incidencia de la neoplasia tiroidea en un grupo de ciento setenta niños tratados con radioterapia de tal modo que la hipófisis y el tiroides fueron probablemente irradiados. Sugiere que la glándula tiroidea de un niño menor de quince años, es sensible a la acción oncogénica de las radiaciones.

Anestesia

La anestesia para las intervenciones en región cervical presenta en los niños características especiales a tener en cuenta. Valoraremos en primer lugar las derivadas precisamente de la región donde se va a intervenir, con independencia de la operación a realizar, aunque luego cada caso particular tenga sus características propias.

La posición a que obliga este tipo de intervenciones con el cuello en hiperextensión, puede dar lugar a una obstrucción extrínseca de las vías aéreas superiores y medias, aunque compensada por una correcta intuba-

ción vía oro o nasotraqueal con sonda de paredes consistentes siendo recomendable la utilización de sondas "armadas" con espiral de hilo de nilón que las refuerza, sin los peligros que tenía el espiral de alambre. El difícil acceso del anestesiólogo a la sonda, conexiones y "sistema de anestesia" (nosotros casi siempre utilizamos sistemas de no re-inhalación) requiere una cuidadosa fijación de todo ello, ya que cualquier accidente banal (desprendimiento de tubo por ejemplo) fácilmente corregible en otras circunstancias en que el acceso es fácil para el anestesiólogo, puede crear seria dificultad que obligue a la interrupción momentánea del proceder operatorio. La válvula espiratoria que se encuentra en estos sistemas en la proximidad del campo operatorio debe ser defendida de su posible oclusión por los paños, instrumental o manos del personal quirúrgico. En niños muy pequeños en los que está contraindicado el uso con sondas de pneumotaponamiento, es muy importante que este se realice perfectamente en cavidad buco-faríngea con venda de gasa, que sirva para inmovilizar el tubo en su trayecto hacia la laringe.

La posición forzada con la cabeza en hiperextensión en los quistes de la línea media anterior (tiroglosos o dermoides), o la hiperextensión con fuerte rotación lateral (branquiales y linfangiomas) puede producir fácilmente compresión del "glomus carotideo" que pasa desapercibida hasta que da lugar a bradicardia e hipotensión. En el momento de la desintubación se ob-

servará la correcta movilidad de las cuerdas vocales lo que nos descarta la posible, aunque rara lesión, del recurrente. En algún caso de linfangioma pueden existir problemas a la intubación por infiltración de la cavidad buco-faríngea y encontrarse desviada la laringe, e igualmente en estos mismo quistes debe tenerse muy en cuenta por parte del anestesiólogo, su posible prolongación torácica.

Para la detección de cualquier alteración durante la intervención es imprescindible efectuar una perfecta monotorización del niño. La extubación es un momento delicado. El espasmo de glotis suele ser raro en anestesia infantil siempre que esta se efectúe correctamente, y se debe casi siempre al hecho de desintubar al niño cuando ya está demasiado despierto, pero en la anestesia en procesos cervicales, esta posibilidad de espasmo de glotis es una constante amenaza, que siempre debe ser tenida en cuenta.

La reanimación post-operatoria inmediata vigilará especialmente la libertad de las vías aéreas, comprometidas por el posible espasmo de glotis como hemos dicho, o el edema de esta misma localización, la compresión extrínseca por la inflamación post-operatoria, o la acumulación de exudados o sangre. La proximidad del aérea operatoria en muchas ocasiones a las cúpulas pleurales, nos debe hacer vigilar una eventual presentación de neumotorax, que puede aparecer en el post-operatorio aún sin ser advertido durante la operación.

En cuanto a la técnica anestésica propiamente

te dicha creemos que no tiene en estos pacientes características propias. Debe utilizarse el metodo que la edad del niño, su estudio previo y sobre todo la formacion del anestesioologo indiquen en cada caso. Cuando se estime que la intervencion va a enfrentarse con serias dificultades y obligatoriamente antes de iniciarla debe tenerse totalmente asegurada una via venosa para administracion de suero o sangre, bien por simple puncion, oquizás mas seguro por denudacion y canalizacion permanente.

Posicion

GROSS es partidario de la posicion semi-sentada o en decubito supino, pero siempre con la cabeza en hiper-extension. Nosotros la efectuamos siempre en esta ultima posicion, que es la mas comunmente utilizada por todos los autores. Se logra la hiperextension ya por sacos de arena colocados bajo los hombros o por posicion baja de la pieza de cabeza de la mesa de operaciones, o por combinacion de ambos.

Tecnica Operatoria

Algunos autores insisten como procedimiento util para una buena identificacion del trayecto fistuloso la inyeccion de un colorante (azul de metileno). BELTRAN BROWN, HECKER y STRAFFON son partidarios de este metodo. Nosotros no lo utilizamos nunca, y no hemos tenido grandes problemas en la identificacion del trayecto fistuloso, y por otra parte la facilitacion verdadera de la identificacion del tracto en la diseccion sería siempre bajo la posibilidad de una seguridad to-

tal de que todo el trayecto y sus recovecos habrían sido alcanzados por el colorante, seguridad que nunca podremos tener.

En cuanto a la incision, sea lo primero unas palabras condenatorias para la incision vertical de la linea media, que nunca debe utilizarse, ya que la cicatriz que produce es mala, y su contractura es muy dificil sino imposible de quitar. La incision deberá efectuarse siempre en sentido transversal, ligeramente concava hacia arriba y poniendo buen cuidado en que siga siempre un pliegue de la piel de la region anterior del cuello y de una longitud aproximada de cuatro a seis centimetros, segun el tamaño del niño y des quiste, y extendiendose a igual distancia a ambos lados del cuello, procurando obtener siempre una buena exposicion de las regiones profundas. El tejido celular sub-cutaneo y la aponeurosis cervical superficial son seccionados y reflejados con la piel. La altura de la incision será la cupula del quiste allí donde haga relieve sobre la piel, pero tan cerca del borde inferior del hiodes como lo permita la situacion de la tumoracion.

En los casos de fistula la incision horizontal se realizará a su nivel, sirviendo la zona fistulosa como centro de ella, y enmarcando su orificio en forma oval. En casos de fistula muy baja, FEVRE-HUGUENIN aconsejan utilizar una tecnica de doble incision, tal co-

no recomienda BROCA para las fistulas branquiales, cuyo detalle ya veremos al tratar estas fistulas. Practicamente la tecnica de extirpacion total de los vestigios del conducto tirogloso, quistes o fistulas, con pequenas variaciones, es efectuada de forma similar por todos los autores, quizás con pequenas variantes, pero estas son minimas, y no afectan para nada los principios tecnicos de la operacion.

La tecnica de SISTRUNK establece y lleva estos principios fundamentales; a) diseccion del quiste y/o el trayecto fistuloso hasta el hiodes, b) reseccion de la parte medio-central del hiodes, y c) diseccion del trayecto suprahioideo hasta el foramen cecum, o un cono medio medio central de tejido muscular situado en la misma region, cuando este trayecto suprahioideo no pueda ser visualizado. El acto final será la extirpacion de las zonas disecadas y reseccadas en los tiempos a, b y c. HALLBROCK aconseja para un buen resultado de esta extirpacion radical ayudarse en la intervencion con potentes lentes de aumento. Utiliza el electro-bisturí.

OMBREDANNE estableció una excelente tecnica que fué presentada por SADREDIN HUGUI (Jour.Chirug. 1.932. T. XL. pag. 358) En ella se insiste en los principios fundamentales de la intervencion antes reseñados, pero hace unas consideraciones anatomicas previas que creemos son de interes para una buena ejecucion de la tecnica.

Hemos de tener en cuenta que la membrana tiro-hioidea se inserta no en el borde inferior del hiodes

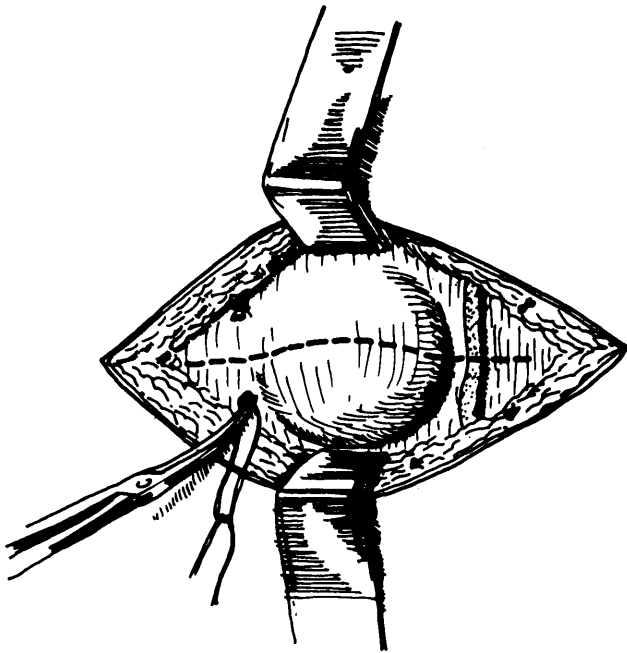
sino cerca de su cara superior. Existe un excelente plano de deslizamiento entre los musculos infra-hiodeos y la membrana tiro-hiodea, llegando hasta la parte posterior del hiodes, es decir hasta la insercion de la membrana del hueso. El nervio laríngeo superior está aplicado afortunadamente sobre la membrana tiro-hiodea por tractos celulares, hasta el momento en que penetrando en ella la perfora. La carotida externa está proxima al segmento posterior de los grandes cuernos del hiodes, habrá pues siempre que conservar estos segmentos del hiodes, cosa que en la practica no constituye problema. Detras de la membrana tiro-hiodea la mucosa de la faringe presenta su fondo de saco de reflexion glosa-epiglotica que desciende a menudo muy bajo hasta el borde superior del cartilago tiroides. La diseccion deberá ser prudente a este nivel sobre todo si el quiste supura. Y por ultimo el par XII efectua el punto mas inferior de su curva, por debajo del gran cuerno del hiodes.

Expondremos los tres tiempos fundamentales de la tecnica operatoria:

1º-

La liberacion del quiste o fistula normalmente ofrece poca dificultad, a menos que exista una gran inflamacion previa que afecte a los tejidos vecinos. Ha de buscarse el plano de deslizamiento retro-muscular. Los musculos infra-hiodeos o tiro-hiodeos se separan en la linea media y el quiste es expuesto. Estos mismos musculos tendrán que ser seccionados parcialmente por encima del borde inferior del hio-

des en su insercion hiodeea. La diseccion del quiste es facil en la parte mas baja y zonas laterales, siendo particularmente delicada en su cara posterior hasta el hueso hiodes. Una tijeras romas u otro instru-



- Fig. 62 -

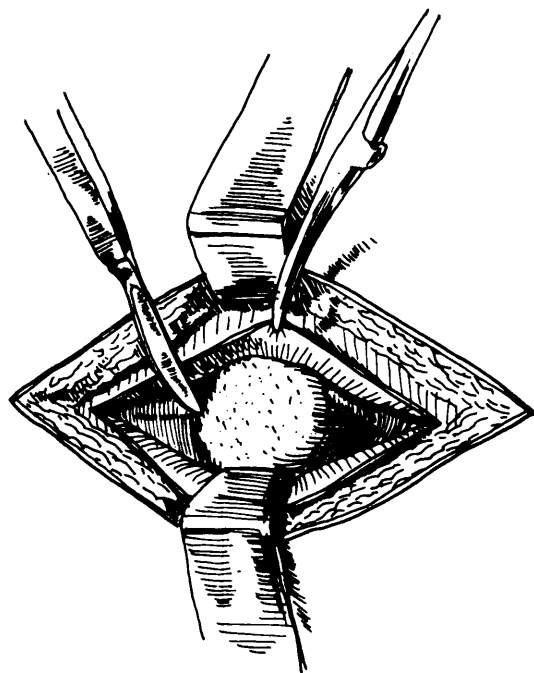
Quiste Tirogloso. Tiempo operatorio. La aponeurosis cervical superficial se incinde en la misma direccion que la piel y el tejido celular sub-cutaneo

mento similar pueden ser pasados delicadamente por detras del quiste y del hiodes, separando el quiste de la membrana tiro-hiodea. Esta diseccion profunda debera efectuarse suavemente ya que esta membrana es la membrana protectora de la faringe.

Cuando el quiste no está en relacion inmediata con el hiodes, al disecar se encuentra casi siempre un duro cordon conjuntivo que le une a este hueso. El quiste debe ser siempre extirpado en bloque juntamente con el sector central del hiodes.

En cuanto a la fistula debe seguirse una tecnica analoga. Una pinza tractora, prende el ojal de piel que contiene el orificio fistuloso y tracciona hacia afuera. Esto ayudará al despegamiento del trayecto fistuloso de zonas laterales, anteriores y posteriores hasta llegar a la altura del hiodes que se reconoce por su dureza.

2º-A veces, como dice GROSS, se tiene la tentacion de ex-



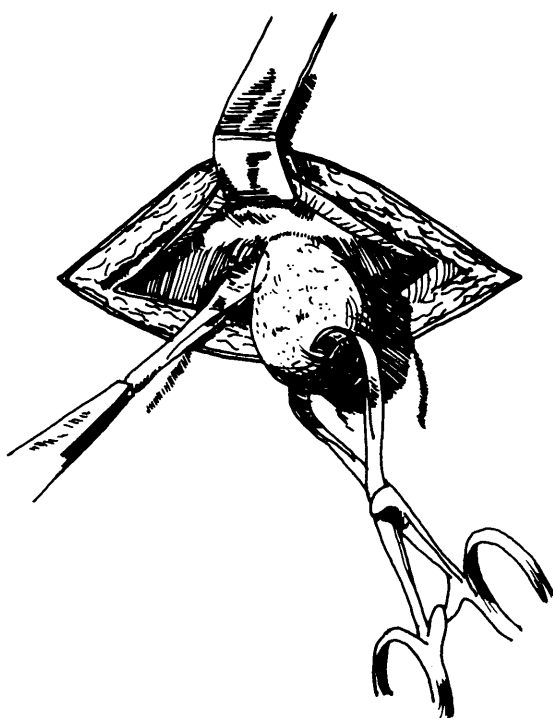
- Fig. 63 -

Quiste tirogloso. Tiempo operatorio.
Los musculos infrahiodeos son sec-
cionados para separar el quiste

tirpar sola-
mente el quis-
te o la fis-
tula hasta
el cuerpo del
hiodes. Puede
haber casos
en que la fis-
tula esté in-
completa o el
quiste no ten-
ga verdadera-
mente ninguna
conexios fis-
tulosa supe-
rior y esta
tecnica pueda
dar buenos re-

sultados. Sin embargo esta omision operatoria suele
conducir con muchisima frecuencia a la recidiva, por

lo que se debe repetir hasta la saciedad que un adecuado tratamiento tambien incluye extirpacion aproximadamente de un centimetro de la parte media cen-



- Fig. 64 -

Quiste tirogloso. Tiempo operatorio
La cara posterior del hiodes y el
tracto tirogloso son disecados con-
juntamente.

tral del hio-
des, como tam-
bien como ve-
remos en el
punto tercero
un bloque de te-
jido hasta la
base de la
lengua segun
la tecnica de
SISTRUNK. Lo-
gicamente es-
ta operacion
aumenta algo
el tiempo o-
peratorio,
aunque poco
si es rutina-
riamente usada,

pero efectuandola las recidivas son muy raras. La extirpacion de la porcion media del hiodes debe hacerse en todos los casos, incluso en aquellas circunstancias en las cuales el tracto no atraviesa claramente el hiodes como en aquellos en que no existe un autentico trayecto fistuloso, sino un cordon solido, puesto que este

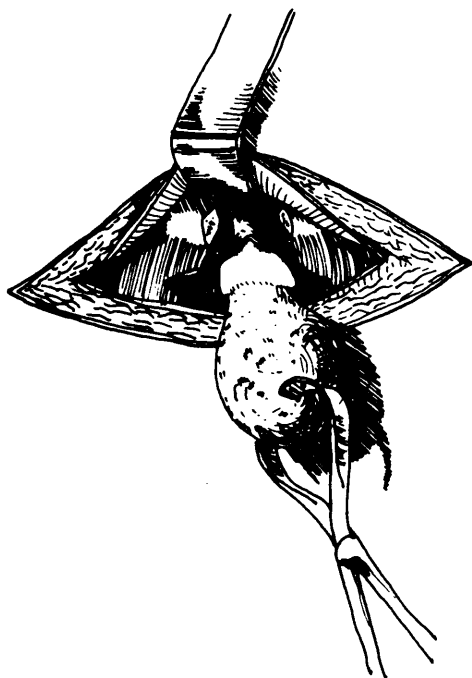
puede constituir un nido celular cuyos elementos pueden formar quistes.

Acto previo a la resección media del hiodes será la disección de este hueso, con resección parcial de los músculos que en él se insertan, a una distancia de un centímetro a cada lado de la línea media o algo menos según la edad de los niños. En la parte superior del hiodes nos encontramos el genihioideo y el milohiideo, y en la parte inferior el esternohiideo. Debajo del hueso nos encontraremos como ya dijimos la membrana tirohiodea que siempre deberá ser respetada. El hiodes en su parte media central (cuerpo) puede ser fácilmente seccionado con un bisturí en niños menores de dos o, tres años. En los de más edad puede ser dibujada con el bisturí la línea de corte, produciendo un surco más o menos profundo y utilizando después unas tijeras de hueso. Para ello una hoja de las tijeras es deslizada por detrás del hueso entre éste y la membrana tirohiodea de abajo a arriba hasta su salida por encima del borde superior del hiodes, procediendo entonces a su corte. Con ello hemos movilizado parcialmente esta zona central unida tan solo al cuerno contralateral. Una ligera basculación permite ver claramente la cara posterior y completar la disección de esta. A continuación se efectúa igual maniobra en el lado opuesto quedando así totalmente libre la zona medio central del cuerpo del hiodes, aproximadamente un centímetro de longitud más o menos. Pue-

de tambien facilitarse esta maniobra efectuando una traccion sobre la zona a reseca, una vez efectuado el primer corte lateral. Al bascular el hiodes y examinar su cara posterior o profunda debe buscarse ya, el posible conducto o tracto de comunicacion hacia la base de la lengua. La amputacion de esta porcion del hiodes no interfiere ninguna funcion en el futuro.

3^{ra}

Detras del hiodes se encuentra un tracto fibroso y es



necesario su diseccion hacia arriba. Este tracto tirogloso suprahiodeo puede presentar numerosos diverticulos bien reconstituidos por SEELIG, sobre los cuales han insistido mucho

- Fig. 65 -

Quiste tirogloso Tiempo operatorio
Separado el quiste y seccionada la parte media central del hiodes se prosigue la diseccion del tracto tirogloso hacia el foramen cecum

SISTRUNK y
LECENE.

Se recomienda

extirpar los musculos y tejido adyacente al eje medio

central. LECENE ha encontrado en los tejido musculares, trazos de estructuras aberrantes a alguna distancia del tracto. La disección de esta prolongación o conducto o de un nuevo quiste fisiforme hacia la base de la lengua es facilitada por la presión del dedo del anestésista sobre la misma base de la lengua e introducido por la boca. Estando admitida la existencia de divertículos laterales del conducto tirogloso, en realidad no se trata de la disección del tracto, sino de la talla de un verdadero cono muscular, que habrá que extirpar se palpe o no se palpe cordón alguno. Este cono muscular deberá tener unos seis u ocho milímetros de diámetro y debe ser extirpado en toda su altura hasta la base de la lengua. Allí a nivel del foramen cecum, el tallo, cordón o conducto son ligados a nivel de la mucosa bucal y extirpados. Si no existe tracto la disección y resección muscular debe llegar hasta la mucosa bucal que debe quedar intacta.

Se termina la intervención por la reconstrucción de los planos musculares. Lo usual es reunir los músculos supra e infra-hioides en línea media con puntos sueltos de catgut que incluyen la aponeurosis. Buen procedimiento es efectuar la anudación de estos puntos una vez corregida la hiperextensión de la cabeza mantenida durante la intervención e incluso realizar una pequeña flexión. Nunca se intente la aproximación o sutura de los extremos del hioides, y en este extremo están de acuerdo todos los autores con excepción

de SWENSON que une los extremos del hiodes con puntos sub-periosticos de seda negra. Se termina la operacion con una sutura sub-cutanea para lo cual nosotros empleamos puntos sueltos de catgut cromico 000, uniendo piel tambien con puntos sueltos de seda negra 00000, aguja atraumatica. Como es logico, este ultimo tiempo lo efectua cada cirujano segun sus metodos habituales, por ejemplo el tantas veces citado SWENSON, utiliza catgut cromico sub-cuticular, sin efectuar puntos sobre piel sino aplicando una capa de colodion.

Respecto a dejar o no drenaje hay opiniones diferentes. En un principio es aceptado que si se ha efectuado una hemostasia cuidadosa, no es necesario drenaje de ningun tipo, opinion de FEVRE y su escuela. HECKER y BELTRAN BROWN dejan drenaje, mientras SWENSON nunca lo deja. STRAFFON lo deja o no segun las circunstancias. Nosotros dejabamos rutinariamente drenaje y lo manteniamos durante cuarenta y ocho horas, sin embargo paulatinamente hemos ido evolucionando y en el momento actual nunca lo dejamos. Creemos que lo importante es valorar la existencia de una buena hemostasia operatoria y la ausencia de infeccion en cada caso para dejar drenaje o no.

Los cuidados post-operatorios son simples. Es conveniente mantener la cabeza flexionada ligeramente, con lo que se evita toda tension sobre las suturas, especialmente sobre la cutanea como aconsejan FEVRE-HUGUENIN, incluso aunque esta postura no sea demasiado comoda para el niño.

Complicaciones

En nuestros casos no hemos tenido ninguna y en toda la literature consultada tampoco, salvo el caso de FEVRE y HUGUENIN con produccion inadvertida de perforacion faringea, donde a pesar de efectuar inmediatamente una sutura sobrevino una desunion parcial con proyeccion de alimentos hacia afuera. La fistula se cerró progresivamente y el enfermo fué dado de alta a los vendidos dias de la operacion. Estos mismos autores registran tambien un segundo caso con la misma complicacion.

Resultados y Recidivas

GROSS dice que los resultados son buenos a condicion de que se logre extirpar todos los restos epiteliales del ductus tirogloso. De no ser así hay que contar con una recidiva. Exactamente lo mismo dice HECKER. No hay discusion de que la afirmacion de ambos autores es totalmente cierta. El problema es saber cuando, como y de que forma esta extirpacion total queda efectuada sin lugar a dudas.

SWENSON es mas practico y afirma que la recurrencia es rara, si se efectua una completa excision del tracto, incluida una generosa porcion de tejido por encima y por debajo del hioides y al menos un centimetro de la porcion media de este hueso. GROSS abunda en esta opinion, y estima que los resultados globales demuestran claramente que es casi completamente posible curar todos los enfermos con un quiste o un sinus tirogloso, si la lesion es extirpada por

disección en bloque, siempre incluyendo la parte media del hiodes.

Si analizamos las causas de recidiva aparece en primer lugar, como mas importante, aunque no unica, lo que hemos dado en denominar "operacion incompleta", entendiendo con ello, el no haber efectuado la extirpacion de la zona medio central del hiodes.

BELTRAN BROWN en sus ciento veinte casos, cuarenta y dos fueron tratados con tecnica incompleta, y los cuarenta y dos recidivaron. De los restantes, todos operados con reseccion del hiodes, solo uno recidivó. Los casos mas antiguos de GROSS, en total veintisiete se intervinieron sin resecar el hiodes o con reseccion insuficiente. En dieciocho de estos no existió recidiva, pero si en los nueve restantes. Siete de estos ultimos nueve casos fueron sometidos a intervencion quirurgica hasta dos y tres veces hasta obtener su definitiva curacion. Los otros dos rehusaron tratamiento adiceional. De los sesenta casos de FEVRE, diecisiete fueron quistes recidivantes, la mayor parte en niños que habian sufrido operaciones adicionales sin reseccion del hiodes. En cuatro casos de supuesta operacion ~~in~~completa fué encontrado el hiodes intacto, lo que indica la insuficiencia de la reseccion cuando el cirujano efectua una extirpacion sub-periostica.

Nosotros en nuestras venticuatro observaciones hemos realizado ventiseis operaciones, de ellas diecinueve siguiendo la tecnica completa de SISIRUNK, con

resultado satisfactorio en todos los casos, menos en uno (Ob. 48) en el que fallamos en la búsqueda del trayecto supra-hiideo, siendo su persistencia la causa de recidiva. En tres de estos diecinueve enfermos (Ob. 26, 28, 41) la intervención completa solucionó el problema de recidivas a intervención quirúrgicas efectuadas anteriormente en otros Centros, una de ellas dos veces. En los tres casos encontramos el hiodes intacto. También en uno de nuestros casos (Ob. 11) la no existencia de conexiones visibles con el hiodes nos hizo en dos operaciones previas cometer el error de no efectuar extirpación de la zona medio central del cuerpo de este hueso con el resultado de recidiva en las dos ocasiones y solamente la ejecución de una técnica completa en la tercera operación logró la curación definitiva. En dos casos hemos efectuado tan solo raspado de la zona de inserción del quiste o fistula en hiodes con una recidiva. En tres casos no efectuamos resección del hiodes (Ob. 9, 27, 31) y no existió recidiva. Se trataba de una fistula supra-esternal, un quiste a la altura del hiodes, y una fistula supra-hiidea. alguna vez hemos dudado si realmente se trataría de auténticas persistencias del conducto tirogloso, al menos en los dos casos de fistula. En las localizaciones suprahiideas no hay necesidad de resecar la zona medio central del hiodes, a no ser que existan conductos que orientándose hacia abajo conecten con este hueso. Tal es por ejemplo, los tres casos de quistes tiroglosos in-

tra-orales de GROSS.

Sin embargo hay casos de operaciones completas con recidiva, como dice FEVRE, son casos desesperantes aunque afortunadamente excepcionales en que hay que reoperar varias veces, donde se encuentra el hiodes totalmente reconstituido por aproximacion de sus segmentos. En casos de recidiva con pequeña fistula la inyeccion de algunas gotas de cloruro de zinc (FEVRE) o de un liquido esclerosante ha podido "solucionar el problema", metodo que citamos pero sin tomarlo en consideracion para nada. En la practica es necesario reoperar y jamas desesperar. Un dia la curacion llegará, pero a veces despues de tres o cuatro intervenciones vuelve a repetir FEVRE.

Pero incluso para el mismo FEVRE a pesar de lo antedicho solo cuatro casos recidivaron cuando efectuó operacion completa y efectivamente en uno fué necesario operar cuatro veces. Da importancia en estos casos de recidiva a la ptolongacion lingual del tracto que pudo encontrar en dos ocasiones. La presencia de trayectos fistulosos inadvertidos es para STRAFFON la causa de recidiva en las operaciones completas, no obstante una buena tecnica quirurgica, pero será necesario intervenir de nuevo.

En los casos de GROSS de ciento ochenta y ocho enfermos correctamente operados, curaron ciento ochenta y uno. En los siete restantes existió recurrencia del quiste o del sinus. Al menos en dos de ellos

un exudado fluido que apareció despues de la operacion demostró ser de origen sub-maxilar y aparentemente hizo sunoner que el borde de la glandula sub-maxilar habia sido lesionado por una diseccion demasiado extensa.

Nuestra observacion antes citada de operacion completa (Ob. 48) y recidiva se debió como ya hemos dicho a no reconocer en la primera intervencion un tracto existente entre el quiste y el foramen cecum. Encontrado y extirpado en la segunda operacion se obtuvo la curacion total.

Segun algunos autores parecia que los quistes supurados serían mas recidivantes. No coincide con nuestros datos si se opera fuera de los periodos de inflamacion aguda. Desde luego lo mejor es la operacion precoz antes de la aparicion de ningun tipo de inflamacion, extremo este ya discutido ampliamente. Cuando la recidiva sobreviene es quizás mejor temerizar por algun periodo antes de intervenir.

Quistes y Fistulas Branquiales

=====

Tambien aquí la extirpacion quirurgica es el tratamiento de eleccion, tanto en los quistes como en las fistulas. La maniobra quirurgica varia un poco con unos o con otras pero en terminos generales es similar. En ningun momento la edad constituye contraindicacion alguna para la fijacion del momento operatorio. Dentro de este concepto general sobre la edad STRAFFON con-

sidera mas facil la intervencion despues de los dos años de edad, pero como muy bien dice BILL, es verdad que cuando la operacion se efectua en un niño mayor la tecnica es mas facil pues el conducto es mas fuerte y se disecciona mejor, pero tambien es verdad que se extiende hasta la fosa tonsilar, la distancia total a disecar será tambien mayor a mayor tamaño del niño. Este ultimo autor es partidario de efectuar la intervencion a partir de los seis meses de edad.

En nuestras series tenemos cuatro casos de menores de seis meses (Ob. 5.6.35.54), un mes, tres meses, tres meses y cuatro meses respectivamente que fueron operados sin ningun inconveniente y con resultado totalmente satisfactorio.

En ausencia de infeccion y existiendo un buen estado general, estas lesiones deben ser operadas lo antes posible, ya que practicamente en todos los casos, tarde o temprano se infectan con lo cual nos encontramos que los procedimientos quirurgicos son mas dificultosos, la posibilidad de una completa excision menos segura con aumento por tanto del riesgo de recidiva y de mal resultado cosmetico. Solamente aconsejamos esperar cuando se trate del periodo neo-natal, en el que diferimos la operacion tres o cuatro semanas.

Infeccion

En un apreciable numero de enfermos, existe

infeccion y entonces habrá que aplazar la intervencion quirurgica. Efectuaremos tratamiento antibiotico, con cultivo y antibiograma previo. Hay casos con supuracion y drenaje incompleto por un pequeño orificio cutaneo, e incluso un gran absceso sin descarga externa. En tal circunstancia deberemos incindir y efectuar drenaje, o bien un vaciamiento por puncion con un trocar grueso como ya dijimos al tratar del quiste tirogloso. La intervencion radical, tambien aquí, debe dejarse para cuando hayan desaparecido los fenomenos inflamatorios o la infeccion sea minima.

Agentes Esclerosantes

Vale perfectamente lo dicho por BILL "el uso de agentes esclerosantes se cita aquí tan solo para condenarlo". Son en general ineficaces, y dejan a menudo la piel retraida e inestetica. FEVRE es totalmente contrario a su uso. CROSS manifiesta no los ha usado nunca y razona las objeciones contra su empleo; Si resulta muy dificil inyectar lipiodol u otro medio de contraste para rellenar completamente un tracto branquial a fines diagnosticos, parece pues igualmente improbable que el agente esclerosante pueda alcanzar las criptas y pliegues que generalmente estan presentes en la pared del sinus. E incluso si el agente esclerosante es suficientemente fuerte para destruir una cierta porcion de la gruesa membrana, podría igualmente perforar la pared. En todo caso el resultado sería la produccion de una brida fibrosa con retrac-

ción de la piel y el resultado inestético ya mencionado.

Técnica Quirúrgica

Puede mantenerse el niño en decubito dorsal con cabeza lateralizada del lado contrario al afectado, y saco de arena bajo los hombros para obtener cierto grado de hiperextensión, utilizando o no la inyección de sustancia colorante para visualizar el ductus en caso de fistula, sin olvidar que pequeños fondos de saco laterales pueden no colorearse y por tanto no siempre queda expuesto claramente el trayecto. Nosotros no consideramos útil para nada la inyección de colorante, nunca la utilizamos y en algún caso que lo hemos hecho no nos ha servido para nada.

Incisión

El tipo de incisión tiene una considerable importancia bajo el punto de vista estético, sin embargo siempre ha de ser una incisión adecuada para la extirpación completa de la fistula o quiste y su prolongación hasta la pared faríngea.

La incisión paralela al borde anterior del esterno-cleido-mastoideo proporciona una excelente exposición, pero tiene el inconveniente de que con mucha frecuencia produce una cicatriz patológica en forma de cordón que se hace muy prominente al girar la cabeza. Bajo este punto de vista es mejor la incisión transversal siguiendo en lo posible un pliegue cutáneo que se hará elíptica enmarcando el orificio en caso de fis-

tula y que se adaptará al quiste si de ese caso se trata. Si el tracto fistuloso fuera corto o el quiste estuviera en situacion alta, la incision unica transversa dará una buena exposicion, pero cuando la fistula es completa y llega hasta la fosa tonsilar (lo que siempre hay que sospechar), y mas aún cuando su orificio cutaneo es bajo, o quiste en esta misma situacion, la forma de alcanzar la pared faringea para una extirpacion total con incision transversa baja es seguir la tecnica denominada "stair-steps-incision" de los autores anglosajones, y por los franceses "la metode du relai" y conocida mundialmente con el nombre de tecnica de BROCA (Fig. 66), consistente en efectuar una segunda incision cutanea tambien transversal por debajo del angulo del maxilar del lado afecto, y así puede seguirse el trayecto en profundidad mucho mas facilmente. En ese momento el campo operatorio está separado de la pared lateral de la faringe por un estrecho puente tisular, cosa facil de comprobar a la palpacion introduciendo un dedo por la boca. Adelantemos que efectuada esta manobra por el anestesista, resulta de una gran ayuda en el ultimo tiempo de la diseccion de la fistula. Cuando cada una de estas dos incisiones son cerradas la manobra muestra su gran valor practico, ya que las cicatrices resultantes son practicamente invisibles.

Diseccion y Extirpacion de la fistula

Una vez efectuada la incision, los colgajos de piel son separados y la diseccion del tracto se sigue has-

ta su extirpacion total, o hasta que no pueda ser alcanzado a un nivel superior, momento en que se efectua la segunda incision y la fistula se exterioriza



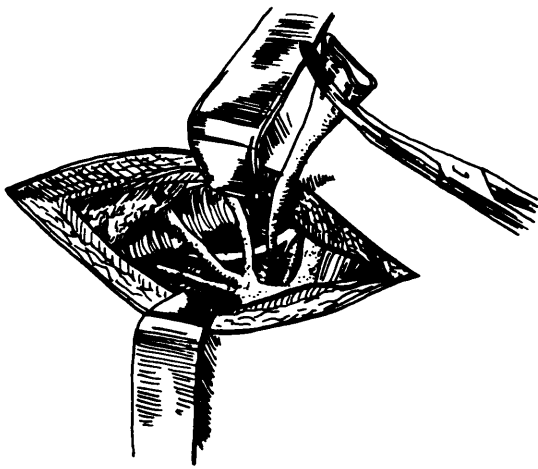
- Fig. 66 -

Extirpacion de fistula branquial. Tecnica de BROCA

por ella. A partir de la primera incision el sinus se sigue de abajo a arriba en direccion al angulo de la mandibula ya con tijera roma o con electro-bisturí segun los gustos del cirujano. Si se logra introducir un estilete en el trayecto (dicen las publicaciones) sirve de gran ayuda para la diseccion. Nosotros ni consideramos facil la introduccion del estilete ni nunca lo hacemos, aplicamos una traccion al conducto hacia abajo y separamos el borde superior de la incision hacia arriba, y de este modo podemos llevar la diseccion a u-

na considerable distancia. Si la disección sigue bien el trayecto fistuloso no existe peligro de lesionar los vasos que pasan cerca de él. STRAFFON insiste en la gran ayuda que significa para la identificación del tracto la inyección de colorante, opinión que repetimos una vez mas que no compartimos.

En su trayecto la fistula marcha lateralmente a la yugular interna y la vaina carotidea en dirección hacia arriba hasta alcanzar el cuerno mayor del hiodes donde efectúa un giro en dirección lateral e interna para dirigirse a la pared faríngea, para ello pasa por el triángulo de FARABEUF constituido por arriba por el



- Fig. 67 -

Fistula branquial. La fistula penetra en el triángulo de FARABEUF. Se la seguirá bajo el par XII (por delante de su rama descendente, y después entre las dos carótidas

vientre posterior del digástrico, lateralmente por la yugular interna, y en su parte inferior por el tronco venoso tiro-linguo-facial en su trayecto hacia la yugular interna, y el hipogloso. Es justamente en el ángulo de origen de la rama descendente del hipogloso

donde se encuentra la fistula que enseguida va a pasar entre las carótidas externa e interna. Durante la prac-

tica de esta disección debe tenerse gran cuidado en no lesionar el hipogloso; la aparición de atrofia y desviación de la lengua en el post-operatorio son consecuencia de la lesión de este nervio. Debe también identificarse el nervio accesorio espinal que, como dice GROSS, es la forma más segura de no lesionarlo. La disección continuará hasta la pared faríngea para asegurarse de la completa excisión del sinus. Si no ha habido infección existe alrededor de la fístula un plano de deslizamiento favorable que permite preocuparse de la estética de las incisiones.

Cuando se llega a la pared faríngea, es deseable que un ayudante o más frecuentemente el anestesista, como ya adelantábamos, coloque un dedo en la fosa tonsilar y presione hacia afuera, maniobra muy fácil de efectuar en niños pequeños. Entonces palpando a su vez el cirujano en la profundidad de la herida puede sentir el dedo del anestesista en pared faríngea y se puede juzgar hasta qué punto puede llegarse sin miedo a perforación. Una vez el sinus liberado a unos dos o tres milímetros de la pared faríngea, como hace GROSS, se liga y corta con electro-bisturí. SWENSON efectúa la ligadura del cabo con un punto de seda por transfusión y BILL con un punto de catgut cromico 0000, proceder este último que efectuamos nosotros.

Algunos autores intentan abordar la fístula por vía faríngea y ligarla desde la boca, pero ya dice GROB, que este procedimiento está lleno de dificultades. A este respecto varias técnicas han sido indicadas para

invaginar el cabo que queda en cuello aunque no parece necesario si es tan solo de uno o dos milímetros de largo. Parece ser que la tecnica mas divulgada es la de VON HACKER que extirpa la ultima porcion por el lado faringeo, aunque el propio autor dice que es solo posible efectuarla en niños mayores y en caso de fistulas grandes. Consiste en su invaginacion en faringe; dos hilos se pasan por la fistula y despues con un estilete fino y blando o maleable se cateteriza la fistula y se lleva hacia la luz faríngea invaginandola y ligandola allí en su base

Diseccion y Extirpacion de Quistes

Esta extirpacion está basado esencialmente



- Fig. 68 -

Quiste branquial. Campo operatorio preparado para su extirpacion

en los mismos principios que la extirpacion de la fistula.

En unos casos hay un trayecto fistuloso desde la piel al quiste, y desde el quiste a la pared faríngea. Otras veces no hay tracto desde la piel y si del quiste a faringe.

Al extirpar el quiste deben valorarse

todas las posibilidades y tener mucho cuidado en no ve-

rificar una operacion incompleta dejando una fistula



Extirpacion de un quiste branquial. Plano superficial. Se está iniciando la diseccion.

- Fig. 68 -



Extirpacion de un quiste branquial. Mismo caso de la figura anterior.

La diseccion ha continuado y el quiste está ya parcialmente aislado.

- Fig. 69 -



Extirpacion de un quiste branquial. Mismo caso.

Continuada la diseccion el quiste está casi totalmente aislado

- Fig. 70 -

lo que fatalmente sería seguido de recidiva. La separación del quiste se inicia primero por su parte mas superficial (fig. 68. B) comenzando a partir del borde inferior de la incision en direccion hacia abajo y luego desde el borde superior hacia arriba. El quiste sue-



- Fig. 71 -

Extirpacion de quiste branquial. Mismo caso de las figuras anteriores. El quiste está totalmente aislado y tan solo unido a profundidad por adherencias o por trayecto fistuloso supra-quístico

le estar en la profundidad del borde anterior del esterno-cleido-mastoideo pudiendo estar este musculo separado hacia afuera en parte o totalmente y adelgazado en casos de quiste muy grande. Inmediatamente encontramos en profundidad la vaina carotidea.

Se retrae el musculo hacia afuera y se aísla la masa quística (Figs. 70 y 71).

A menos que haya habido infeccion el plano de deslizamiento es bueno y avascular. En la profundidad de la herida puede existir un pediculo con algun vaso que entra en la pared quística que algunas veces requiere una ligadura. En los casos que pudieramos llamar de fistula inferior asociada, el abordaje del quiste se efectua usual-

mente una vez disecada la fistula y normalmente en la segunda incision de la tecnica de BROCA. Terminado el aislamiento del quiste se buscará la posible existencia del sinus que se prolonga hasta faringe, que se tratará como ya hemos indicado, ya que mantiene el mismo trayecto y relaciones que la fistula aislada.

La intervencion se termina por una cuidadosa hemostasia de todos los puntos sangrantes y a continuacion se aproximan los planos con puntos sueltos de catgut sin cerrar hermeticamente. La aponeurosis la solemos



- Fig. 72 -

Extirpacion de quiste branquial. Quiste extirpado. Mismo caso de las figuras anteriores

suturas con catgut cromico 00000 y la piel con puntos sueltos de seda negra 00000. El cierre de la piel, como ya dijimos al tratar de los tiroglosos depende del gusto o habito de cada cirujano, e

igualmente remitimos al mismo capitulo de tratamiento la discusion sobre la conveniencia o no de drenaje y anestesia.

La ejecucion de una buena tecnica operatoria tal como ha sido expuesta reduce las recidivas al minimo así como las complicaciones post-operatorias. De todas formas el numero de recidivas es incomparablemente me-

nor a las que se presentan en los casos de vestigios del conducto tirogloso.

Resultados

En nuestros casos no ha existido nunca recidiva y todos curaron totalmente. Tan solo hemos tenido una complicacion post-operatoria (Ob. 8). Se trataba de un quiste branquial del tamaño de un huevo de gallina localizado entre la traquea y la carótida externa en lado derecho. La tumoracion fué extirpada intacta, la intervencion fué relativamente facil y totalmente limpia no pareciendo existir comunicacion con faringe por medio de trayecto fistuloso. A las doce horas de la intervencion sale aire por la herida operatoria y existe enfisema sub-cutaneo. Se pensó, en ausencia de lesion traqueal y mucho menos esofágica en fistula de comunicacion abierta a faringe, ya que esta no fué visualizada y por lo tanto no ligada. Durante algunos dias se instauró una intubacion permanente gastrica a efectos alimenticios y en ocho o diez dias desaparecieron totalmente los sintomas, por cierre espontaneo de la fistula suponemos.

Tratamiento de Urgencia

Ya comentamos la posibilidad de que en caso de quiste, una comunicacion amplia con faringe pudiera crear un cuadro agudo de distension area del propio quiste, con produccion de trastornos de deglucion y dificultad respiratoria, que sobre todo en el periodo neo-natal serian de una innegable gravedad. En tales

casos como medida de urgencia puede efectuarse la puncion del quiste, que pudiendo muy bien ser insuficiente habrá que acompañar de drenaje, para efectuar la intervencion quirurgica lo antes posible. A este respecto es muy interesante el caso de MACKAY (en MASSON).

Linfangiomas o Higromas Quisticos

=====

Diversos metodos han sido propuestos. Hemos de efectuar un examen critico de cada uno de ellos, unica forma de discutir los factores en favor o en contra de cada procedimiento. Ahora bien, el planteamiento de la discusion de los diversos tratamientos propuestos para los linfangiomas o higromas quisticos hemos de efectuarlo pensando en el momento actual, pues en los años en que la excision quirurgica tenia una mortalidad de ~~x~~ mas del cincuenta por ciento, es logico que se aplicaran y se difundieran terapeuticas como los agentes esclerosantes, la incision, puncion y drenaje, la radioterapia e incluso la inyeccion de agua hirviendo. En el momento actual ningun tratamiento es tan satisfactoria como la cirugia de exeresis, merced a los grandes avances de estos ultimos años en Cirugia Pediatrica, especialemnte la Neo-Natal, con todo lo que ha comportado el apoyo de los Servicios de Anestesia y Reanimacion Pediatrica.

Tratamiento Expectante

FRASER aconsejó el tratamiento expectante, si es

que el esperar y no hacer nada se le puede llamar tratamiento. Estaba basada la idea de FRASER en la creencia de la posible regresión espontánea del hígroma. La regresión espontánea, si es que existe sería un hecho muy excepcional. Por ejemplo, GROSS no la ha comprobado en ninguna de sus observaciones, incluso algunas seguidas durante años. Es verdad que el quiste o quistes pueden disminuir de tamaño de vez en cuando, pero de nuevo vuelven a llenarse y en general se encuentra siempre un aumento progresivo de sus dimensiones si el enfermo es seguido durante algún tiempo. La experiencia adquirida unida a la de todos los autores consultados nos permite apoyar en modo alguno la idea del llamado tratamiento expectante.

Además hay mucho que decir contra esta actitud. La tendencia del hígroma a supurar durante las infecciones respiratorias hace muy deseable evitar esta tan seria complicación con la extirpación quirúrgica de la masa lo antes posible. Tampoco debe olvidarse que el aparente inocuo crecimiento del linfangioma hacia afuera, no tenga una contrapartida bastante menos inocua como es su crecimiento infiltrante en profundidad, con alteración o insinuación entre las importantes y vitales estructuras cervicales, con lo que la injustificada espera dará lugar a una intervención quirúrgica más complicada y dificultosa.

Agentes Esclerosantes

Fué MAC GUIRE, entre otros autores, el que sugirió este tratamiento. Si recordamos la anatomía patológica del higroma, encontramos un fino tapizamiento interior endotelial, teóricamente muy capaz de hacerse desaparecer por la inyección de un agente esclerosante, que también supuestamente podría difundirse a través del fluído intraquistico, pero que tendrá que penetrar muy profundamente para efectuar la destrucción de todo este tapizamiento interior. Existen muchas razones en contra de su uso.

Ya sabemos que los higromas emiten prolongaciones en profundidad, disecando los grandes vasos del cuello y rodeándolos total o parcialmente. Si en estas condiciones un agente necrotizante es introducido en el saco, es posible dañar o trombosar la vena yugular interna o las carótidas. Además en determinados casos puede existir una comunicación entre el higroma y el sistema venoso. Esa comunicación fué demostrada por VAUGHIN, citado por GROSS, en uno de sus casos; para efectuar un estudio radiológico del higroma se le introdujo aceite iodado como substancia de contraste. Las placas tomadas inmediatamente mostraron claramente los límites de la extensión de la tumoración, pero en una placa de hora y media más tarde se demostró la completa desaparición del medio de contraste. No es difícil pensar que pudo muy bien haber desaparecido por una conexión con el sistema venoso. GROSS estima como una absoluta contraindicación

el empleo de agentes esclerosantes por el hecho citado, e incluso habrá que tener en cuenta las pequeñas conexiones linfático-venosas que puedan existir ya que podrían dar lugar a accidentes verdaderamente desastrosos.

Por ultimo tendremos en cuenta que la retraccion de estos quistes por la inyeccion de un medio esclerosante ha de ser de resultado negativo ante el caracter poliquistico de la tumoracion. Siempre existirán numerosos quistes que no son alcanzados por el agente esclerosante aunque la inyeccion se repita varias veces. FEVRE, independientemente de los inconvenientes ya dichos, abunda en lo expuesto en el parrafo anterior, ya que el agente esclerosante no daría resultado mas que en los quistes uniloculares, que como ya vimos, son muy raros si es que existen.

GROB confiesa su fracaso en los escasos casos en que utilizó agentes esclerosantes, y ademas encontró desagradables aumentos de volumen de caracter reactivo y cita ademas el consiguiente peligro de produccion de hemorragias, infeccion y flebitis. HARROWER preconizó el uso de morruato sodico en los tiempos en que la intervencion quirurgica comportaba una alta mortalidad. En un enfermo inyectó dos centímetros cubicos de morruato sodico al cinco por ciento. Al dia siguiente la masa habia aumentado una vez y media de tamaño, pero al tercer dia empezó a disminuir. Seis dias mas tarde aplicó un segundo tratamiento y aunque hubo algo de reaccion local la masa desapareció

totalmente en un mes. FONSECA y CASTRO, citados por FEVRE-HUGUENIN, han obtenido en tres casos buenos resultados por la inyección de citrato sódico, sin embargo los propios FEVRE-HUGUENIN al hacer esta cita dicen que sus ensayos personales han sido bastante decepcionantes, aunque una vez obtuvieron la disminución de una pequeña recidiva.

Radioterapia

NEW en 1.924 fué el primero en tratar un higroma con radioterapia. FIGI fué el principal defensor de este método. Trató doce enfermos empleando de 3.000 a 7.000 m-hora de radium, con aplicaciones hechas a distancia de dos centímetros y medio, usando pantalla de plomo de dos milímetros. Fueron repetidas a intervalos de dos a tres meses dando a cada enfermo una media de cuatro tratamientos. Siete de estos pacientes murieron de sepsis, aunque cuatro de ellos ya estaban infectados antes de iniciarse el tratamiento. De los cinco que sobrevivieron tres curaron enteramente y dos mejoraron mucho.

STRAFFON se muestra totalmente contrario al uso de la radioterapia. La experiencia de GROSS, en pocos casos, ha sido bastante mala y añade "la radioterapia tiene muy poco que hacer en el tratamiento del higroma", excepto para destruir pequeñas porciones de tejido que hayan quedado después de una operación, o para tratar aquellas porciones de higroma que infiltren ampliamente la musculatura de la lengua. FEVRE es también

contrario a su uso "por dar resultados inconstantes y variables".

No olvidemos el gran peligro de la radioterapia en la region cervical del niño y es la existencia de estructuras muy sensibles a los agentes cancerigenos. Sobre esta cuestion nos remitimos a lo expuesto sobre malignizacion al tratar de la terapeutica del quiste tirogloso.

Una de nuestras observaciones de linfangioma acudió a nosotros despues de un tratamiento con radioterapia (Ob. 30). La tumoracion que era del tamaño de un huevo de gallina, habia disminuido y se habia endurecido constituyendo un nodule duro, y estaba constituida por un tejido fibroso denso revestida en parte por endotelio, existiendo ademas anfractuosidades que tambien estaban tapizadas por endotelio. Quiero decir con esto que el tapizamiento interior de linfangioma, es decir el tipico endotelio, al menos no se habia destruido totalmente.

Puncion e Incision

En 1.839 ARNOTT preconizó el uso de la aspiracion en los grandes quistes de los niños muy pequeños no candidatos para soportar una intervencion quirurgica. CROSS lo intentó en un caso y después de multiples punciones el quiste se infectó. La puncion de un quiste no puede producir mas que una disminucion local y temporal seguida de recidiva. Su incision obtiene los mismos resultados.

Tan solo puede ser admitido este metodo como posible tratamiento de urgencia en niños muy pequeños con cuadros agudos de obstruccion respiratoria o dificultad para deglutir, ya que aliviarían la presion que desplaza la faringe en un niño amenazado de asfixia o la grave compresion sobre los grandes vasos del cuello. Esta mejoría es solo temporal, si es que se obtiene y su unico objeto es permitir una espera cortisima mientras el niño es traslado a un Centro adecuado para su inmediata intervencion quirurgica. Así lo han efectuado GROB y FEVRE. Nosotros lo intentamos en una de nuestras observaciones (nº 15) sin resultado practico alguno.

Tratamiento Quirurgico

La extirpacion quirurgica es el tratamiento de eleccion de los higromas quisticos cervicales. La operacion está indicada en todos los casos, y bien llevada conduce regularmente a una curacion rapida y segura. Aunque la lesion no es maligna, el objetivo de la intervencion es la total extirpacion con preservacion de las vitales estructuras del cuello.

No debe haber discusion sobre el momento operatorio. Una vez diagnosticado el higroma su extirpacion debe efectuarse tan pronto como sea posible, y como en un buen numero de casos el diagnostico es inmediato al nacimiento, habrá que considerar precisamente en ese instante la oportunidad de la operacion. Si el caso no presenta sintomas agudos, pero el quiste es muy volumi-

nos la operacion está indicada, tanto en uno como en otro caso durante el periodo neo-natal, ya que como hemos vistos estos quistes se infectan con facilidad con la amenaza de cuadro agudo. Por lo tanto siendo muy grande los consideraremos tan urgentes como si los síntomas agudos ya hubieran aparecido. En el momento actual ya nadie discute la posibilidad de efectuar en el recién nacido cualquier tipo de intervencion, y refiriendonos concretamente al caso que nos ocupa, la alta mortalidad operatoria en el recién nacido en otros tiempos ha quedado reducida a porcentajes minimos.

La edad no es contraindicacion alguna para el tratamiento quirurgico de estas tumoraciones quísticas. Sin embargo en aquellos casos de masas muy pequeñas, hay algunos autores como GROB que prefieren esperar a que el niño tenga cinco o seis meses, o FEVRE que opera a los tres meses, aunque este mismo autor comunica que la edad de los operados en su Servicio ha sido mucho menor, venticinco días, seis semanas, etc. llegando muchas veces a la conclusion de que el cirujano se ve forzado por los acontecimientos. Quizás con la unica excepcion del niño prematuro de bajo peso, en el cual en ausencia de síntomas agudos habrá que esperar a que alcance al menos los 3.000 o 3.500 gramos, no vemos utilidad alguna en retrasar la intervencion e insistimos que para nosotros el diagnostico de higroma comporta su extirpacion quirurgica inmediata.

Operacion en dos tiempos

Frecuentemente el higroma puede ser extirpado completamente en una sola sesion operatoria, pero a veces esto es imposible o no es aconsejable. Ciertas extirpaciones son faciles, otros por el contrario dificiles y shockantes. En estas ocasiones vale mas operar en varios tiempos extirpando la masa principal y volviendo en otra sesion sobre las prolongaciones dejadas en su sitio.

En los casos denominados de alto riesgo, ya sea por las condiciones del niño o por las características de la tumoracion, como puede ser el niño de pocos dias en que se impone la intervencion por insuficiencia respiratoria aguda, es mejor planear la operacion en dos tiempos extirpando tan solo una porcion de tumor cada vez, si luego se puede efectuar en un solo tiempo, tanto mejor.

Cuando hay importantes prolongaciones en cuello y sobre todo en torax, aunque en algunos casos se pueda efectuar la total extirpacion en un solo tiempo, habrá que considerar tambien seriamente la posibilidad de varias sesiones operatorias. Igualmente sucede en las grandes tumoraciones de cuello y cara, cuyo procedimiento operatorio puede ser demasiado largo para efectuarlo en un solo tiempo.

Estas operaciones en dos tiempos, puede ser la actitud logica cuando el linfangioma quistico esté constituido por dos masas practicamente separadas. En el mismo supuesto del lactante con fenomenos compresivos

vos respiratorios en que en un primer tiempo puede extirparse la masa cervical principal causante, y dejar para un segundo tiempo la extirpacion de una masa sub-maxilar y parotidea cuya ablacion no es tan urgente y cuya diseccion se supone muy minuciosa y lenta. Como dicen FEVRE-HUGUENIN en muchos casos han efectuado extirpacion en varias sesiones, cosa que subrayan, es muchísimo mejor que perder un enfermo.

En conclusion, la actitud del cirujano es siempre en principio tratar los problemas en una sola operacion, pero en estos casos es razonable pensar que el higroma quistico no es maligno, y que su extirpacion total aún siendo este nuestro objetivo, puede ser virtualmente imposible y que una gran operacion mutilante para su extirpacion no está justificada. En algunos de los tumores mas extensos, especialmente aquellos que afecten a la cavidad bucal, faringe, laringe, traquea, etc. es aconsejable extirpar tantos quistes como sea posible, y post-poner para una segunda intervencion la completa extirpacion.

Pre-Operatorio

La preparacion pre-operatoria rutinaria consiste en efectuar los analisis de este tipo para todo niño de su edad, que deben estar dentro de los limites normales. En la preparacion inmediata no debe olvidarse rasurar la region de la nuca, taponar el conducto auditivo externo de lado afecto y disponer de una via venosa segura para la administracion de sangre durante toda la

intervencion y en el post-operatorio inmediato, si fuera preciso con denudacion, como ya ha quedado dicho.

Anestesia

No se hace ninguna referencia a la anestesia, ya que de una forma global ha sido tratada en el capitulo de los quistes y fistulas tiroglosos (pag. 223)

Posicion

Campo expuesto ampliamente. El enfermo es colocado sobre su espalda con un rollo entre sus hombros para forzar la hiperextension del cuello, la cabeza lateralizada o tambien decubito lateral contrario al lado afecto, igualmente con un rollo o saco de arena para elevar el cuello. Es buena practica cubrir la cabeza y cuello con una gran hoja de plastico, lo que permite al operador ver cualquier contraccion de los musculos de la cara cuando son estimuladas las estructuras nerviosas cervicales.

Incision

Los linfangiomas quisticos cervicales son extirpados mejor a traves de una incision transversal sobre la mayor parte de la base del tumor que interesará la piel, tejido celular sub²cutaneo y aponeurosis cervical superficial. En algunos casos como consecuencia de la infiltracion linfangiomatosa los planos anteriores practicamente no existen, por esta razon la incision de piel deberá efectuarse con mucho cuidado ya que se pue-

de abrir inadvertidamente el quiste. En ausencia de esta infiltración linfangiomatosa y no habiendo existido alteraciones inflamatorias el despegamiento teji-



- Fig. 73 -

Ob. 51. Linfangioma. Dibujo de la incisión y el sector de piel a extirpar con la tumoración y detalle de la pieza extirpada

do celular subcutáneo-tumor, puede efectuarse con relativa facilidad.

Cuando se considere que dado las características de la tumoración la incisión transversal no sea la adecuada, habrá que efectuar una que sea lo más anatómica y estética posible, siguiendo por ejemplo el borde del esterno-cleido-mastoideo real o supuesto, pues algunas veces puede estar oculto por el tumor, cuando el linfangioma parezca implantado a

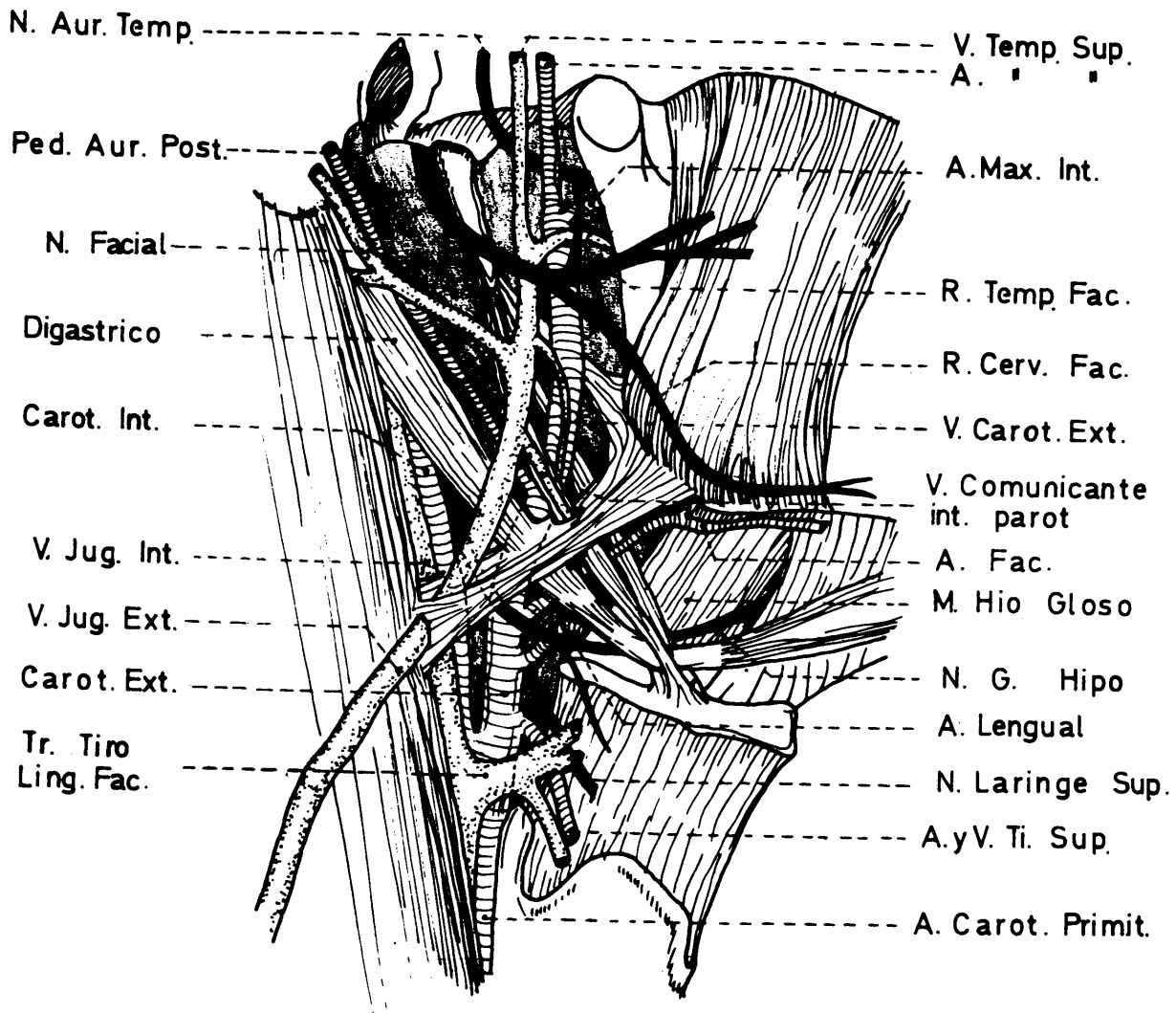
lo largo de los grandes vasos carotideos. En la region supraclavicular la incision mejor es la transversal. Cuando todo el cuello parece invadido el trazado utilizado es a menudo en angulo recto, con una rama ligeramente oblicua casi vertical dirigida hacia el esternon, y una rama horizontal incurvandose hacia atras hacia la region supraclavicular. Tambien pueden utilizarse incisiones arciformes de concavidad superior fuertemente incurvadas hacia abajo y atras.

Si la masa es pequena no se necesita extirpar piel, pero en los linfangiomas grandes, una reseccion cutanea parcial, en raja de melon es muy util, nos servirá ademas como punto de apoyo para traccion. Pero debemos guardarnos mucho de exagerar la amplitud de esta reseccion, ya que la piel distendida sobre el tumor, se retrae parcialmente sobre ella misma gracias a su elasticidad. Pero ademas es mucho mas facil resecar la piel en exceso al fin de la intervencion que tener que tirar de unos colgajos de piel cuya aproximacion a tension en region cervical daría lugar a cicatrices constituyendo bridas, a cuya eventualidad no debemos arriesgarnos. Ademas interesa que el revestimiento cutaneo caiga y se aplique sobre los planos profundos, y no se extienda como una cortina, es decir dejando un hueco con un espacio vacio por delante debido a la perdida de substancia producida por el linfangioma. La incision cutanea podrá abrir algun pequeno quiste. No hay que preocuparse de extirparlos totalmente. Estos pequenos quistes privados de sus conexiones profundas

terminan por desaparecer.

Proceder Operatorio

La localizacion del higroma en cuello ofrece serias dificultades a su extirpacion, ya que las relaciones a-



- Fig. 74 -

Esquema de los elementos vasculo nerviosos mas importantes de la region lateral del cuello

anatomicas normales estan muy alteradas. Debe tenerse muy

presente que las tumoraciones rechazan y desvian de su trayecto normal a vasos y nervios importantes cuya preservacion es indispensable. El cirujano debe conocer la anatomia del cuello, practicar lenta y cuidadosamente la diseccion, tratar de encontrar planos de deslizamiento lo mas cercanos al tumor y evitar secciones de pediculos con vasos de calidad apreciable, hasta que previamente se hayan identificado. Si la paciencia se ejercita, la diseccion y extirpacion del higroma es menos dificil de lo que parece en un principio, evitesé la prisa. La piel que cubre el higroma aunque tensa y fina puede ser facilmente separada de él. Si la pared del quiste se sigue de cerca la diseccion roma encontrará un plano de deslizamiento alrededor de la gran porcion de la masa. Cuando estos planos se encuentran y se siguen la hemorragia será minima, ya que los vasos que van al higroma son pequeños y escasos en numero.

En general un gran quiste unilocular es mas facil de disecar que uno pequeño. Las lesiones multiloculares suelen estar mas adheridas a las estructuras profundas. La bolsa quistica principal se disecciona progresivamente bolsa tras bolsa, comenzando su liberacion en las regiones que parezcan menos adheridas. La liberacion de los lobulos perifericos es relativamente facil.

Si la operacion parece que no va a ofrecer grandes dificultades, vale mas conservar los pequeños ner-

vios y vasos que atraviesan la masa y disecarlos. Si ello no fuera posible se pueden sacrificar algunos ramos del plexo cervical superficial. Pero no debemos confiarnos. Hemos de respetar siempre el nervio espinal demasiado a menudo englobado por el tumor o la rama inferior del facial.

El aislamiento del conglomerado quístico debe hacerse respetando en todo lo posible su pared, lo que no siempre se logra, pues aunque algunas lesiones estén limpiamente encapsuladas y son fácilmente resecables, en su profundidad pueden existir las mas firmes adherencias y el tumor se divide en quistes pequeños y numerosos. Normalmente en la extirpacion de los quistes benignos constituye un orgullo para el cirujano extirparlos intactos, sin que su ruptura signifique por otra parte complicacion alguna. En el caso del higroma las cosas son diferentes. Su ruptura debe considerarse como una contrariedad, que dificulta al vaciarse el quiste su ulterior identificacion debido a la finura de la pared.

Durante el curso de la diseccion, en un principio facil, sorprenden las extensas relaciones quísticas que suelen invadir de un modo difuso hasta la musculatura profunda del cuello y resto de formaciones a este nivel que requieren una cuidadosa y prolongada diseccion, para extirpar el tumor completamente. Es aquí cuando empiezan las dificultades, en contraste con la facilidad de liberacion de los lobulos perifericos. Es justamente cuando llega el cirujano a la adherencia

pedicular esencial del tumor en la cara profunda donde

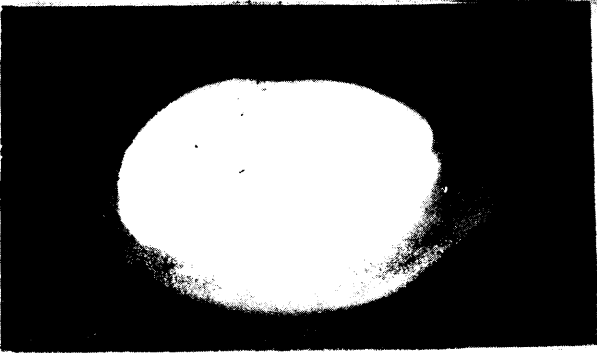


Fig. 75

Ob. 52. Linfangioma de nuca.
Dibujo de la incision y piel
a extirpar. Radiografia y fo-
tografia de la pieza extirpada

donde el trabajo de-
licado y una exquisi-
ta dulzura en la di-
seccion deben ser em-
pleados. Se entra en
relacion con los
grandes troncos vas-
culares, el pedicu-
lo carotideo o el
pediculo sub-clavio
y la vena yugular
interna. Recordemos
que la disposicion
anatomica habitual
de estos quistes es
su colocacion sobre
estos vasos. A veces
todos los componen-
tes del pediculo vas-
culo-nervioso estan
separados y disocia-
dos. Es necesario e-
vitar toda traccion
sobre ellos y en
particular sobre el
pneumogastrico. Debe

tenerse una autentica nocion del peligro cuando se trabaja en contacto con este nervio. La traccion simple sobre el neumogastrico por intermedio de sus adherencias quisticas, las mas de las veces inadvertidamente es muy importante. Normalmente puede que la diseccion a lo largo de él no entrañe ninguna modificacion aparente, pero puede provocar sindromes subitos, incluso mortales. Este es el momento de efectuar una infiltracion complementaria con anestesia local o simplemente verter novocaina cuando se tema este tipo de trabajo quirurgico generador de shock.

Vemos pues que la extirpacion del higroma lleva generalmente al cirujano a los planos mas profundos del cuello. Ha de tenerse gran cuidado en respetar todas las estructuras vitales. El perfecto conocimiento anatomico de la region, permitirá una buena diseccion, sin lesionar los vasos carotideos, los subclavios o el neumogastrico, pero el higroma en su crecimiento crea unos serios problemas de los que ahora vamos a ocuparnos. Unos son el envolvimiento e intima relacion con los importantes troncos nerviosos del cuello, independientemente del neumogastrico y ademas las nuevas relaciones a distancia de sus prolongaciones.

Las diversas prolongaciones ya han sido objeto de nuestra atencion en otro apartado, pero al llegar el momento de la tecnica operatoria será forzosa nuevamente volver sobre ellas. En primer lugar tenemos las denominadas esenciales o profundas que son las mas fre-

cuentes, en relacion intima con el tumor, ya que estan en la vecindad de sus bases de implantacion. Son las ya analizadas relaciones muy estrechas con el paquete vasculo-nervioso del cuello, carotida primitiva y sus ramas, la yugular interna y el pneumogastrico, claramente visibles e identificables por tamaño y relaciones. Mas profundamente el tumor puede entrar en relacion con el importante plexo branquial y su trayecto hacia arriba y afuera insinuandose entre ambos vientres del digastrico a los que puede infiltrar. Tanto esta afectacion del digastrico como de otras masas musculares, crean problemas al tener que extirpar parte de estas estructuras. Pueden siempre sacrificarse pequeñas bandas musculares, pero manteniendo siempre la masa principal. En contadas ocasiones se resecará parte del musculo esterno-cleido-mastoideo y su vaina, que se debe disecar y reclinar hacia afuera.

FEVRE-HUGUENIN denominan prolongaciones glandulares a las que se insinuan en la celda parotidea, afortunadamente raras, aunque de gran dificultad de extirpar por sus peligrosas relaciones con el nervio facial. Tambien existen prolongaciones a la celda sub-maxilar, teniendo en algunos casos que ser extirpada esta glandula parcial o totalmente.

Denominanse prolongaciones posteriores las que se insinuan hacia la region de la nuca, bajo el trapecio o hacia el espacio sub-parotideo posterior.

La prplongacion mediastinica puede ser sospechada, como ya vimos, cuando la tumoracion cervical aumenta coin-

cidando con un incremento de la presión intra-torácica. La extirpación de esta prolongación debería efectuarse si ello fuera posible al mismo tiempo que el núcleo cervical principal, pero si ello no lo fuera, habrá que efectuar un segundo tiempo por vía torácica. Según RICKHAM, nunca necesitó en recién nacido utilizar la vía torácica en un segundo tiempo para una total extirpación de estas prolongaciones mediastínicas, circunstancia ocurrida también en los casos de STRAFFON. FEVRE en un caso necesitó efectuar una esternotomía media. En nuestros casos siempre hemos intentado la extirpación total en un tiempo vía cervical lográndolo en todos ellos salvo en uno, con crecimiento posterior del hígroma en cavidad torácica, siendo extirpado meses más tarde satisfactoriamente por toracotomía.

Cuando efectuamos la disección hacia arriba al extirpar el hígroma podemos llegar hasta el suelo de la boca donde la tumoración puede estar pegada al maxilar inferior, pero en algunas ocasiones emite una prolongación hacia la base de la lengua. Cuando existe infiltración masiva de este órgano debe tratarse quirúrgicamente, extirpando trozos triangulares de vértice posterior para reducir su tamaño a fin de que pueda cerrarse la boca. Con frecuencia es necesario más de una resección para reducir la lengua a un tamaño razonable.

En la disección de las prolongaciones traqueales debe efectuarse con gran cuidado la de los tejidos para-

traqueales en ambos lados, ya que se corre el peligro de producir serias lesiones en las que incluso ni la traqueotomia podria salvar al niño. En las prolongaciones axilares puede ser necesario efectuar una division de la clavícula y terminar la extirpacion de esta prolongacion efectuando una nueva incision separada de la incision principal. En alguno de estos higromas axilares existe una infiltracion de la piel con la aparéncia de cascara de naranja. Esta piel deberá ser extirpada al mismo tiempo que el higroma, ya que puede ser una constante fuente de molestias con produccion de edema y linfangitis.

Puede que la ablacion de las prolongaciones se facilite a veces con la maniohra del "dedo intraquistico". Una bolsa voluminosa es abierta deliberadamente y cargada sobre un dedo que hace traccion y que guia la diseccion como para la liberacion de un saco herniario. La misma tecnica, segun FEVRE, rinde grandes servicios cuando el linfangioma es unilocular.

No es posible que pasemos por alto unas extructuras cervicales muy susceptibles de ser lesionadas cuando extirpamos un higroma, son los nervios. La intervencion debe ser efectuada contando con la ayuda del estimulador electrico faradico. En el curso de la diseccion se encuentran numerosas formaciones con aspecto algunas veces de bridas fibrosas, aunque otras es posible identificarlas como nervios. La estimulacion electrica de estas formaciones nos aclarará su naturaleza. Si no hubiera respuesta las formaciones pueden ser sec-

cionadas . Si por el contrario se identifica un tronco nervioso puede en muchos casos ser separado de la masa principal sin daño alguno. La disección y separación de un nervio debe llevarse tan lejos como sea posible. Esta disección suele ser muy tediosa, pero es la única forma de no lesionar los nervios y de que los resultados sean buenos. Cuando los nervios están incluidos en el bloque quístico, y si consideramos su separación total imposible deben ser siempre respetados aún a costa de dejar algo de tejido del linfangioma.

Excluido el pneumogástrico, las formaciones nerviosas más importantes que hemos de considerar que nos pueden plantear problemas son las siguientes:

El nervio facial será nuestra preocupación en las localizaciones altas y muy extensas, prestemos mucha atención a las prolongaciones parotídeas. En estas localizaciones existen grandes probabilidades de lesionar alguna de las ramas del facial, con la paralización de la musculatura facial homolateral y el cuadro clínico típico. Para evitar la lesión del facial MASSON y BAKER, citados por GROB y por GROSS, recomiendan antes de iniciar el aislamiento de la formación quística en la región parotídea, efectuar una incisión por detrás de la oreja que descubre y disecciona el facial a su salida del foramen estilo-mastoideo; así puede identificarse en todo su curso llevando la disección hacia adelante. Cuando no se efec-

tue la maniobra anterior y existe posible peligro de lesionar el facial, sino podemos encontrar el tronco, busquemos su rama mandibular y entonces disequemos a lo largo de esta en sentido proximal hasta que el tronco principal es identificado. Si utilizamos el estimulador electrico el facial producirá contracciones de los musculos faciales que pueden ser vistas a traves del plastico que cubre la cara del niño. Si no podemos efectuar la total diseccion, como ya dijimos antes, es prefrible dejar pequeños trozos de tejido antes que arriesgarnos a lesionar el facial o alguna de sus ramas.

El nervio hipogloso mayor discurre por detras del esterno-cleido-mastoideo, y puede ser lesionado al extirpar un higroma quistico al igual a como ocurre en la extirpacion de los linfomas tuberculosos. Tendrá que tenerse muy en cuenta en la diseccion de las prolongaciones bicarotideas. Su lesion produce desviacion de la lengua.

El nervio accesorio espinal puede ser lesionado cuando la diseccion se lleva por delante y adentro del esterno-cleido-mastoideo, Debe ser aislado y retraido hacia la linea media cervical, evitandose su lesion. Este nervio está casi siempre englobado por el tumor. Su lesion produce el denominado por los anglosajones "far reaching ill effects". Es el tipico cuadro de dolor y hombro caido cuando el niño es mayor.

La finalidad de la intervencion, como dijimos al

principio, es la extirpacion total de la masa quística, pero tambien como hemos indicado ya en nuestra exposicion, es no es siempre posible. Las partes mas profundas del tumor infiltran los musculos cervicales y la faringe, por lo que nuestro proposito de extirpacion total podria significar la destruccion de gran parte de los musculos del cuello, o lesiones nerviosas importantes. Por ejemplo, los grandes vasos pueden estar completamente rodeados por los quistes y es completamente imposible extirpar a estos. Si se abren los quistes es probable que gran parte del tapizamiento interno endotelial se extirpe, pero queda una parte que permanece con sus propiedades secretorias y aún cuando en un futuro mas o menos proximo las pierda durante algun tiempo habrá extravasacion de un liquido linfoide y sobre todo en el post-operatorio inmediato. En los casos en los que no hay mas remedio que dejar algun quiste, lo abriremos, procuraremos extirpar su tapizamiento interior, y si ello no es posible del todo, se aconseja un intento de destruccion in situ, para lo que se ha recomendado el cloroformo iodado o el cloruro de zinc, y mas actualmente la tintura de iodo, que es lo que utilizamos nosotros, con lo que parece lograrse la destruccion de ese endotelio interior de no posible extirpacion.

En ocasiones el shock del enfermo, o la tendencia sincopal, aún sin haber traccionado el pediculo carotideo o el pneumogastrico obligan a la interrupcion operatoria.

Una vez efectuada la extirpacion ya sea total o parcial se procede al cierre de la herida operatoria. En lo posible intentaremos una aproximacion de los fasciculos musculares o sus fascias. Si hacemos esto habrá poca tendencia a la separacion de los bordes. Si resulta factible realizaremos tambien reconstruccion del cutaneo del cuello. Cuando se han extirpado un gran numero de formaciones, tan solo podremos cerrar la piel y el tejido celular sub-cutaneo. Esto es completamente logico, ya que en la practica la ablacion de un linfangioma quistico de gran tamaño puede conducir a un vaciamiento de tejidos cervicales, especialmente musculos. No encontraremos ningun plano intermedio para ser suturado antes de la piel. Para ello hemos de guardar cuidadosamente los tegumentos y así poder aplicarlos a los planos profundos desgarnecidos.

Hemos de decir unas palabras sobre la utilizacion o no de drenaje en la herida operatoria. Parece que en el momento actual y utilizando los antibioticos al menos durante el tiempo que se mantiene el drenaje, su utilizacion es util y conveniente. Antes de la era antibiotica el drenaje comportaba al parecer un serio riesgo de infeccion. Veamos por ejemplo lo que dice FEVRE, que insiste que a pesar de existir un espacio vacio y a pesar del temor de perdidas sanguineas o linfaticas hay que "intentar no drenar". Todo drenaje facilita la infeccion escribió en sus tiempos OMBREDANNE. Justamente basandose en este hecho la

mayor contraindicacion del drenaje serian las operaciones incompletas, ya que los residuos del linfangioma facilmente pueden infectarse como consecuencia inmediata o inevitable en parte de la presencia del drenaje. Si bajo la cicatriz aparece una coleccion liquida, puede ser necesario evacuarla, cosa que puede hacerse perfectamente con un estilete o una sonda acanalada. Las series de FEVRE muestran bien la eficacia de la ausencia de drenaje. En un grupo de diez enfermos no utilizó drenaje, de estos en nueve casos el periodo de hospitalizacion fué de una a dos semanas y en un solo casos un tiempo superior. Por el contrario en cuatro casos con drenaje filiforme, solo en uno el tiempo de hospitalizacion fué inferior a dos semanas, mientras los otros permanecieron alrededor de tres y cuatro semanas. En resumen la cicatrizacion total fué obtenida en diez-doce dias en los casos no drenados y en unos ventáuno-venticinco en los drenados.

Sin embargo autores mas modernos que FEVRE, son todos sin excepcion partidarios del drenaje, si bien como ya dijimos utilizando antibioticos todo el tiempo durante el cual es mantenido, que se estima en una media aproximada de cuarenta y ocho horas, quizás en un determinado caso algo mas. RICKHAM utiliza drenaje con tubo de plastico conectado a aspiracion permanente. SWENSON solo deja drenaje en los casos en que es previsible una acumulacion de fluidos, que pueden estar en relacion con operaciones incompletas, insertando un "hemovac" a traves de un pequeño orificio de

de la herida. Los tubos de plástico con perforaciones múltiples conectados a una suave aspiración son muy efectivos en mantener la herida libre de exudados, y de esta forma los colgajos cutáneos se adhieren mejor a las estructuras profundas, pero no debe utilizarse rutinariamente en cuello a causa de un posible riesgo de mal resultado cosmético. Para GROSS la tendencia de las colecciones líquidas a acumularse bajo la piel aconseja drenar en todos los casos. Igual opinión tiene STRAFFEN que insiste además en utilizar vendaje compresivo.

La infección post-operatoria de la herida puede sobrevenir después de un tiempo variable, y como ya vimos en su momento coadyuba a la destrucción tumoral. En ocasiones se pierde una gran cantidad de líquido en las intervenciones sobre linfangiomas muy grandes. La infección se reconoce por los cambios locales de piel, el empastamiento y el cambio de coloración de los fluidos que se evacúan por el drenaje.

Creemos que debemos de meditar muy seriamente sobre la posibilidad o no de infección mantenida por el drenaje, pues si bien durante estos últimos años las conclusiones de FEVRE han sido superadas por la utilización de los antibióticos, en el momento actual la aparición cada vez mayor de resistencias a su acción, puede que nos haga encontrarnos con periodos post-operatorios en los que las condiciones respecto a la infección, sino exactamente iguales a las de la era preantibiótica descritas por FEVRE, puedan plantearnos problemas similares respecto al mantenimiento del drenaje.

Durante el periodo post-operatorio cuando los niños sean muy pequeños será conveniente el mantenerlos en posición prona, pudiendo utilizar para ello un cuadro similar al empleado en los casos de micrognatia. El aposito se cambiará cuantas veces sea necesario. Se iniciará la alimentación tan pronto como sea posible. Serán objeto de una vigilancia especial durante este periodo los problemas respiratorios que pueden aconsejar la práctica de una traqueostomía temporal debido al edema y colección de fluidos en los espacios tisulares. Igualmente debemos conocer que pueden presentarse alteraciones nerviosas transitorias, paresias linguales o faciales por alteración de los troncos nerviosos como resultado de las maniobras de disección.

Resultados

BELTRAN en diecisiete casos estudiados en un periodo de cinco años, pudo hacer extirpación completa en diez niños y en siete solamente parcial. FEVRE obtiene resultados funcionalmente excelentes y también bajo el punto de vista estético, incluso dice "mejor de lo que se piensa cuando se ve el caso por primera vez", pero admite que la intervención sigue siendo grave. En dieciocho casos ha tenido tres fallecimientos y aunque datan de la época anterior a los antibióticos y en que la práctica de la transfusión y perfusión operatoria no estaban firmemente establecidas.

La cifra de mortalidad está estimada, refe-



- Fig. 76 -

Gran linfangioma y resultado operatorio

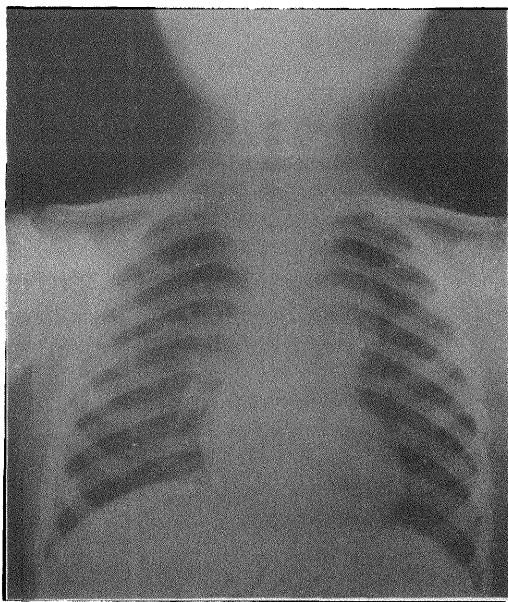
rida a todas las edades en un dos a cinco por ciento. Esta cifra es considerada por RICKHAM indudablemente alta. Este mismo autor en sus series neonatales no tuvo mortalidad.

RAVITCH-RUSH aceptan la cifra antedicha, pero tan solo aplicada a las series donde son recogidos los grandes linfangiomas que afectan a todo el cuello, con prolongaciones importantes, incluso mediastínicas. Para el resto de los linfangiomas que

no presenten estas características la mortalidad es nula. GROSS estima que la mortalidad operatoria debe ser baja. De sus ciento doce enfermos realizó extirpación quirúrgica del higroma en uno o dos tiempos, con seis fallecimientos. Las causas de muerte fueron shock en uno, hemorragia post-operatoria en dos, sepsis en dos y neumonía en uno. Por nuestra parte en nuestras once observaciones solo hemos tenido un caso de fallecimiento (Ob. 15). Se trataba de un neonato con grave insuficiencia respiratoria y existencia de un linfangioma quístico tan gigantesco que era de igual tamaño que la cabeza del niño. (Fig. 21)

Recidivas

Algunas veces estos tumores se reproducen, aunque la impresión del cirujano haya sido de haber



- Fig. 77 -

Ob. 20. Linfangioma cervical con prolongación mediastínica. En la primera operación se dejó parte de su bolsa mediastínica. Radiografía unos meses más tarde. Existía un gran linfangioma mediastínico que fue extirpado por vía torácica

efectuado una total extirpación. Estas recurrencias pueden estimarse en un diez por ciento de los casos y posiblemente menos. Por lo general si todo el tejido identificado macroscópicamente es extirpado, la recurrencia es rara, Cuando nos vemos obligados a dejar algo de tumor no debería-

mos dejar nunca quistes intactos. Se tratará de destruir el tapizamiento endotelial de las diferentes estructuras segun ya dijimos. Incluso en aquellos casos en que ciertos sectores quisticos se dejan no es raro observar curaciones absolutas como si el tumor privado de su raiz linfatica principal desapareciera, pero persisten zonas induradas a nivel de estos segmentos que recuerdan el aspecto del fibrolipoma.

Aceptando la relativa rareza de la reproduccion, en todos los casos existe una posibilidad, aún en los mejor extirpados. Si recordamos la anatomia patologica hay formaciones microscopicas que no se tocan en el acto operatorio y a partir de las cuales siempre existe un riesgo potencial de recidiva.

Nuestro unico caso de recidiva (Ob. 20) si es que podemos llamar recidiva al crecimiento de una bolsa mediastinica que fué dejada en gran parte en la primera intervencion, fué operado por via toracica izquierda con resultado totalmente satisfactorio.

-----oooOoo-----

CONCLUSIONES FINALES

=====

Como resultado del estudio efectuado en nuestros cincuenta y cinco casos de quistes y fistulas congenitos del cuello en la infancia, consideramos como datos mas interesantes a destacar en esta revision los siguientes puntos, que consideramos mas caracteristicos en nuestras observaciones:

Edad

Sexo

Primer Sintoma

Localizacion

Tamaño y Forma

Infeccion

Formas Anatomo-Clinicas

Diagnostico Clinico

Diagnostico Operatorio

Diagnostico Anatomo-Patologico

Tratamiento y Resultados

Edad

La edad media a la iniciación del primer síntoma varía notablemente con el diagnóstico definitivo. Hemos de verificarla de acuerdo con los grupos clasificados. En el Grupo I (dermoides y epidermoides), el único caso de quiste dermoide tenía la edad de doce años. La edad media de los tres casos de quistes epidermoides fue de dos años. En el Grupo II (anomalías tiroglosas) la edad media fue de tres años. En el Grupo III (malformaciones branquiales), hemos de hacer una sub-división. Cuando el primer síntoma fue el quiste la edad media de aparición la podemos establecer entre cuatro-cinco años, pero cuando se trataba de fistulas hemos de decir que casi siempre aparecieron en el periodo neonatal aunque por existir algún caso tardío la media de edad quedó establecida alrededor de los seis meses. Por último en el Grupo IV (linfangiomas) pasó algo parecido a con las fistulas branquiales. También aquí la gran mayoría de los casos corresponden al periodo neo-natal, pero igualmente la presencia de casos tardíos elevó la media de edad de presentación a los siete-ocho meses.

Sexo

En nuestro cincuenta y cinco casos, treinta y uno corresponden al sexo femenino y veinticuatro

al masculino. Pero esta ligera predominancia femenina no se mantiene en algunos grupos, y por el contrario en otros se acentúa. En el Grupo I (dermoides y epidermoides todos los casos corresponden al sexo femenino que dado el escaso número tan solo tiene una muy relativa significación.

En el Grupo II (anomalías tiroglosas) existe una ligera predominancia del sexo masculino, catorce casos en niños y diez en niñas, que coincide con lo encontrado en publicaciones de otros autores.

En el Grupo III (malformaciones branquiales) hay un evidente predominio femenino, once hembras y tan solo dos varones. No hemos encontrado referencia al sexo en la mayoría de las publicaciones. Tan solo BELTRAN BROWN dice hay predominio femenino. Como se ve en nuestras series este predominio femenino es prácticamente absoluto.

Y por último en el Grupo IV (linfangiomas) ambos sexos están equilibrados, seis niños y cinco niñas. Coincide con los hallazgos de la literatura.

Primer Síntoma

El primer síntoma observado fue la tumoración en cuarenta y cuatro casos, lo que supone un ochenta por ciento, y solamente lo fue la fístula en once (veinte por ciento restante).

La tumoración constituyó el primer síntoma en todos los casos del Grupo I (dermoides y epider-

moides) y del Grupo IV (linfangiomas) y practicamente tambien en el Grupo II (anomalias tiroglosas) en el que en todos los casos, menos en uno, el primer sintoma fué tambien la tumoracion. La fistula constituyó primer sintoma en el sesenta y uno como cinco por ciento de los casos del Grupo III (malformaciones branquiales)

Localizacion

Los casos del Grupo I (dermoides y epidermoides) se localizaron siempre a lo largo de la linea media cervical anterior. Dentro de esta linea un quiste dermoide se localizó en parte mas superior de region supra-hiodes, casi podriamos decir submaxilar. Los casos de quistes epidermoides se encontraron, dos a nivel del hiodes y uno en region infrahiodes.

En el Grupo II (anomalias tiroglosas) conservó en todos sus casos, menos en uno, (recidiva) su tipica posicion tambien a lo largo de la linea media cervical anterior, ya fueran quistes o quistes con fistula secundaria, o nuestro unico caso de fistula primitiva. Dentro de esta linea a la altura de hiodes se encontraron ocho y catorce en region infrahiodes. Tan solo tenemos un quiste en region suprahiodes y una fistula en localizacion lateral derecha, que no debe tenerse en cuenta ya que era resultado de intervencion quirurgica efectuada con

anterioridad a ser visto por nosotros.

Los casos del Grupo III (malformaciones branquiales) estaban todos localizados a lo largo del borde anterior del musculo esterno-cleido-mastoideo, localizacion tipica. Ha existido dentro de esta localizacion cierto predominio del lado derecho sobre el izquierdo, con nueve casos derechos (cinco fistulas y cuatro quistes) y cuatro izquierdos (tres fistulas y un quiste). El nivel de localizacion dentro de esta linea fué el siguiente; Ningun caso de fistula se dió a la altura del tercio superior, tres a nivel del tercio medio, y cinco en el tercio inferior. Los quistes se hallaban dos en el tercio superior y tres en el tercio inferior.

En el Grupo IV (linfangiomas) entenderemos como localizacion la del supuesto punto inicial o la de su masa principal, dejando aparte sus prolongaciones. Tambien existe aquí un predominio del lado derecho, region lateral del cuello por detras del esterno-cleido-mastoideo con siete casos, para solo dos en lado izquierdo. Tenemos un caso de localizacion anterior (tamaño gigantesco) con prolongaciones laterales (Ob. 15) y uno de localizacion posterior (nuca).

Tamaño y Forma

El tamaño de los quistes, o de las tumores quísticas varia tambien en los distintos grupos. En el Grupo I (dermoides y epidermoides), el u-

nico caso de quiste dermoide tenía un tamaño grande (naranja o mandarina) y por el contrario los quistes epidermoides eran mucho mas pequeños, uno del tamaño de una almendra, y dos del tamaño de una nuez.

En el Grupo II (anomalías tiroglosas) los quistes no suelen ser grandes, la mayoría no sobrepasaron un tamaño mediano (nuez), algunos pocos son pequeños (almendra), siendo excepcionales los de tamaño mas grande. En nuestras series solo uno (huevo de gallina). Parecería que la facilidad para infectarse y producir fistula secundaria con drenaje al exterior les impidiera alcanzar un tamaño mayor.

En el Grupo III (malformaciones branquiales) nos encontramos con tamaños mas grandes, tres del tamaño de un huevo de gallina y dos como una nuez. Y en el Grupo IV su característica es el ser tumoraciones mucho mas grandes que las de los grupos precedentes, algunas gigantesas tan grande o mas que la cabeza del propio niño (Ob. 15). Se les suele comparar a una naranja grande pero habiendo perdido su forma esferica y esa fué la media de nuestros casos, a excepcion de uno que había sido sometido a tratamiento radioterapico previo.

La forma para los tres primeros grupos es la esferica, pero mas la ovalada, parecidos como exore-sabamos a almendra, nuez, huevo de gallina; Diriamos que ni son perfectamente esfericos ni perfectamente ovales. En cuanto el grupo IV, es típica su forma lo-

bulada de gran tamaño, semiesférica, oval o aplanada.

Infeccion

Es el gran problema de este tipo de afecciones. Su evolución clínica depende enteramente del hecho infeccioso. Dentro de los tamaños antes indicados estos disminuyen o aumentan, incluso cuatro y cinco veces sus dimensiones iniciales por infección.

La infección ya estuvo presente como acompañante del primer síntoma en el veinte por ciento de nuestros casos sea cual fuere el grupo a que perteneciera. Este porcentaje va a ascender hasta un sesenta por ciento si tenemos en cuenta el momento del tratamiento quirúrgico. El retraso diagnóstico o terapéutico son un evidente riesgo de infección.

El grupo más afectado por la complicación infecciosa fue en primer lugar el Grupo II (anomalías tiroglobosas) con un setenta y nueve por ciento de sus casos. El Grupo III (malformaciones branquiales) le sigue en frecuencia con un cincuenta y tres por ciento. Vienen luego el Grupo IV (linfangiomas) con un veintisiete por ciento y el Grupo (I) (dermoides y epidermoides) con un veintidós por ciento.

Formas Anatómo-Clínicas

Las formas anatómo-clínicas de presentación de nuestros cincuenta y cinco casos fueron las siguientes:

Once casos los hicieron en forma de fistula. Diecisiete como quistes. Fistula con quiste asociado en dos casos. Quiste con fistula secundaria a infeccion trece casos. Tumorraciones quisticas uniloculares dos casos. Grandes tumorraciones quisticas multiloculares ocho casos. Y nodulos endurecidos un caso.

Estas formas anatomo-clinicas quedan distribuidas de la siguiente forma segun los diferentes grupos:

Grupo I (dermoides y epidermoides), tres quistes y un quiste con fistula secundaria.

Grupo II (anomalias tiroglosas), doce quistes con fistula secundaria, once quistes, y una fistula primitiva. De estos venticuatro casos en dieciocho se buscó trayecto fistuloso supra-hiideo hasta el foramen cecum, encontrandolo y extirpandolo en diez casos. En los ocho restantes no se encontró. Uno de estos ultimos recidivó la lesion y en la segunda intervencion fué encontrado el trayecto fistuloso supra-hiideo. Su extirpacion fué seguida de curacion definitiva. En otros ~~seis~~ casos no se buscó el trayecto supra-hiideo, si bien fueron casos en que no se efectuó la intervencion quirurgica completa. En dos de ellos existió recidiva. En la intervencion no se habia resecado el hiodes.

En el Grupo III (malformaciones branquiales), en ocho casos correspondientes a fistulas se encontró un trayecto fistuloso completo hasta pared fa-

ringea. En una de ellas existia en la anamnesis su asociacion con quiste pero no se encontró en la intervencion. Un caso de fistula del lado cutaneo asociada con quiste en profundidad no se pudo demostrar existencia de trayecto supra-quistico hasta pared faringea. Cuatro casos corresponden a quistes situados en la profundidad de la region, uno producia desviacion de traquea, dos tenian relaciones con los grandes vasos del cuello, teniendó uno de estos ultimos trayecto fistuloso supra-quistico hasta pared faringea. Por ultimo un cuarto quiste era mas superficial y no tenia relaciones importantes.

El Grupo IV (linfangiomas) presentó ocho grandes tumoraciones quisticas multiloculares, dos uniloculares y un caso de nodulos duros (tratamiento radioterapico previo). En tres de estos once casos existian prolongaciones quisticas toracicas, en uno prolongaciones laterales a ambos lados (localizacion primitiva anterior), en otro, rpolongacion posterior y en otro prolongacion superior. En los otros cinco no existia prolongacion alguna. En la intervencion se encontró con que en seis casos existian relaciones muy importantes en profundidad con estructuras del cuello (grandes vasos, traquea, columna vertebral, etc.). En cambio en otros cinco casos estas relaciones no existieron.

Diagnostico Clinico

Basados en la exploracion clinica y en los datos recogidos en la anamnesis establecimos un diagnostico previo de quiste tirogloso y fistula secundaria en catorce casos de tipica localizacion en linea media cervical anterior. De estos catorce casos, en uno de ellos (Ob. 17) los hallazgos operatorios confirmaron el diagnostico clinico previo pero no así el informe anatomopatologico que lo etiquetó de quiste epidermoide y en este grupo quedó incluido. En otro caso (Ob. 29) los hallazgos operatorios no confirmaron el diagnostico clinico previo y el informe histopatologico no pudo especificar el diagnostico definitivo, por lo que no pudo ser incluido en ningun grupo.

En quince casos de quiste (sin fistula) de linea media cervical anterior los datos obtenidos y su confirmacion o no fueron como a continuacion exponemos. En un caso el diagnostico previo de quiste dermoide fué confirmado por los hallazgos operatorios y el informe histo-patologico. En los otros trece se estableció un diagnostico "previo" provisional de quiste tirogloso. De estos, en dos (Ob. 46 y 50) los hallazgos operatorios (ausencia de relaciones con el hio-des) nos hicieron dudar de este diagnostico "previo", y efectivamente el diagnostico anatomo-patologico fué de epidermoide. En otro (Ob. 18) los hallazgos operatorios nos indicaban se trataba con toda seguridad de un ganglio linfatico, lo que desestimó el

diagnostico "previo", desestimacion confirmada por el informe histopatologico que estableció el de hiperplasia folicular reactiva (adenitis cronica inespecifica). En otros tres (Ob. 9.11.27) se estableció tambien un diagnostico clinico previo de quiste tirogloso. Los hallazgos operatorios fueron en cierto modo compatibles con los hechos clinicos. En dos de ellos no dispusimos de informes anatomo-patologicos, y en el que si pudimos contar con él, tambien el informe era de "compatibilidad". Los incluimos en el Grupo II (anomalias tiroglosas) estableciendo como definitivo el diagnostico clinico previo. Y por ultimo en los siete restantes de este grupo de trece observaciones, los hallazgos operatorios fueron lo suficientemente tipicos para ser considerados como quistes tiroglosos aún en ausencia de los informes anatomo-patologicos. En un ultimo caso de este grupo (Ob.32) ni los hallazgos operatorios, ni el dictamen anatomo-patologico fueron lo suficientemente demostrativos para ser incluidos en ningun grupo.

Solo existió un caso de fistula primitiva de linea media anterior (Ob. 38). Su diagnostico clinico previo, fué de fistula tiroglosa con confirmacion operatoria y anatomo-patologica.

En las fistulas latero-cervicales, un total de ocho casos, que reunian las características descritas clinicamente para el diagnostico clinico previo de fistula branquial, se vió confirmado tal diagnostico por los hallazgos operatorios y los informes

anatomo-patologicos cuando de ellos pudimos disponer. Existió otro caso de fistula lateral con un diagnostico clinico previo de fistula branquial. Se trataba de una recidiva a un caso ya operado anteriormente cuando acudió a nosotros y sin aportar informe de la intervencion quirurgica ya efectuada. Los hallazgos operatorios y anatomo-patologicos nos hicieron establecer un diagnostico definitivo de fistula tiroglosa.

En cinco casos de quistes laterales (uno de ellos con fistula asociada), en todos ellos los hallazgos operatorios y anatomo-patologicos, confirmaron el diagnostico clinico previo de quiste branquial.

En aquellas otras tumoraciones quísticas antero-laterales, laterales e incluso posteriores en que los datos clinicos nos hicieron establecer el diagnostico previo de linfangioma y que suponen un total de diez casos, en todos ellos los hallazgos operatorios y los informes anatomo-patologicos, cuando con este ultimo dato pudimos contar, estuvieron de acuerdo con el diagnostico clinico. Solo en el caso ya relatado de pequeña y dura tumoracion nodular, cuya anamnesis correspondia a linfangioma y que habia sido tratado con radioterapia, el informe anatomo-patologico fué decisivo para establecer el correcto diagnostico de linfangioma.

Diagnostico Operatorio

Los hallazgos operatorios confirmaron los diag-

nosticos previos establecidos clinicamente en los siguientes casos:

En un caso de quiste dermoide. En trece casos de quiste tirogloso con fistula secundaria de los catorce en que se habia establecido previamente. Como veremos luego en uno de esos trece casos el diagnostico anatomo-patologico no fué confirmatorio.

En catorce casos de quiste de linea media anterior (sin fistula) los hallazgos operatorios solo confirmaron el diagnostico clinico previo provisional de quiste tirogloso en diez, aunque en algunos de ellos con ciertas reservas. En uno, los hallazgos operatorios resolvieron el diagnostico (ganglio) rechazando el diagnostico clinico. En los otros tres los hallazgos operatorios rechazaron el diagnostico clinico previo pero no permitieron establecer otro.

En un caso de fistula de linea media cervical anterior y en ocho de fistulas laterales los diagnosticos clinicos previos de fistula tiroglosas y fistulas branquiales respectivamente fueron confirmados por los hallazgos operatorios. En cinco casos de quistes con diagnostico clinico previo de branquiales y en diez de linfangiomas, los hallazgos operatorios tambien confirmaron los respectivos diagnosticos. No se pudo establecer diagnostico operatorio en un caso de tumoracion lateral, ya citada, que habia sido tratada con radioterapia, tan solo la "sospecha" operatoria de linfangioma fué confirmada por el informe anatomo-patologico.

En un caso de fistula lateral, ya operada en otro Centro, los hallazgos operatorios establecieron el diagnostico de fistula tiroglosa con confirmacion anatomo-patologica, aunque clinicamente habia sido diagnosticada como branquial.

Diagnostico Anatomo-Patologico

De nuestros cincuenta y cinco casos, pudimos disponer de informes anatomo-patologicos en treinta y nueve. Estos informes confirmaron los diagnosticos ya previamente establecidos, en un caso de quiste dermoide, en catorce casos de anomalias del conducto tirogloso, en nueve malformaciones branquiales y en cinco linfangiomas.

En tres casos de quiste dermoide, en dos confirmó el diagnostico sospechado y en uno rectificó el previamente establecido basado en datos clinicos y operatorio de anomalia tiroglosa.

En un caso de linfangioma estableció el diagnostico sospechado. En un caso de ganglio confirmó el diagnostico operatorio que habia rechazado el previamente establecido clinicamente de tirogloso. Las mismas circunstancias se dieron en un caso de fistula lateral, clinicamente considerada como, branquial, y operatoria-mente como tiroglosa.

En una observacion (nº 40) el informe anatomo-patologico, ni confirmó ni rechazó el diagnostico clinico y operatorio previo de fistula branquial. En otros dos casos (Ob. 29.32) el informe anatomo-patologico no

aportó dato alguno para el diagnostico, no pudiendo ser establecido ya que los datos clinicos y los hallazgos operatorios tambien dejaban lugar a duda. En un caso (Ob 27) el informe histo-patologico dejaba ciertas reservas.

Tratamiento y Resultados

Nuestros cincuenta y cinco casos todos fueron sometidos a intervencion quirurgica. En el Grupo I (dermoides y epidermoides) se efectuó extirpacion del quiste en tres y tecnica de SISTRUNK en uno (por diagnostico previo erroneo) con resultado satisfactorio en los cuatro casos.

En el Grupo II (anomalias tiroglosas) fueron intervenidos con la tecnica de SISTRUNK diecinueve casos, cuatro de ellos conrrespondientes a recidivas por operaciones efectuadas en otros Centros y una recidiva propia en la que en la primera operacion se habia efectuado operacion incompleta. De estas diecinueve operaciones existió una recidiva (Ob. 48). En la primera operacion no se habia encontrado trayecto fistuloso suprahiodeo. En la segunda se encontró trayecto fistulosos suprahiodeo que fué extirpado con curacion definitiva. En tres niños se efectuaron cuatro intervenciones sin reseccion del hiodes, bien por tratarse de un quiste suprahiodeo (Ob. 31) o por que sus relaciones con el hiodes eran aparentemente nulas [Ob. 6.11]. La ultima recidivó por dos veces y solo la in-



intervencion de SISTRUNK logró curacion definitiva. En dos casos tan solo se efectuó ademas de la extirpacion de la anomalia, raspado de la zona media central del hiodos, existiendo una recidiva (Ob. 19), precisamente un niño que ya era recidiva procedente de otro Centro.

En el Grupo III (malformaciones branquiales), en los trece casos se efectuó extirpacion por la tecnica de BROCA, con resultado satisfactorio en todos ellos.

En los once casos del Grupo IV (linfangiomas) se efectuó intervencion quirurgica en todos ellos, con resultado satisfactorio en diez. En caso nº 15, en que solo se efectuó extirpacion parcial debido a su mal estado general falleció por trastorno respiratorio agudo a las cuarenta y ocho horas de la intervencion. Se trataba de un neo-nato con linfangioma gigantesco y serio distress respiratorio en el periodo pre-operatorio. La Ob. 20, presentó una recidiva de su prolongacion mediastinica siete meses despues de la intervencion que fué satisfactoriamente extirpada por via toracica.

En los tres casos en que no llegó a efectuarse un diagnostico definitivo y que fueron sometidos a intervencion quirurgica todos quedaron totalmente curados de su proceso

-----000000000000-----

B I B L I O G R A F I A

=====

1. AGRA CADARZO, B. Fistulas y quistes congenitos del cuello. XII Congreso Español de Pediatría. Tercera Ponencia. Malaga 1.968
2. AKBARI, Y. Thyroid carcinoma arising in thyroglossal duct remnants. Report of a case and review of the literature. Arch.Surg. 1.967. 92/2
3. ALICHNIEWICZ, A. Lateral cervical cysts. Czas.Stomatol. 1.971. 24/3 (301-307)
4. AMR, M. Cervical cysts, sinuses and fistulae of branchial-pharyngo-thymic duct, and thyroglossal duct origin. Brit.J.Plast.Surg. 1.964. 17/2
5. APPAIX, A. y colabs. Thyroid ectopique peribucales J.Franc.Oto-Rhino-Laryng. 1.971. 20/10. (1153-1155)
6. BALCELLS-PAR, R. y colabs. Linfangioma cistico del collo. Riv.Chir.Ped. 1.973. 15/4. (333-344)
7. BARRICK, B y O'KELL, R.T. Thymic cysts and remnant cervical thymus. J.Ped.Surg. 1.969. 4/3 (355-358)
8. BEAHR, O.H. Tumors of the head and neck. En ARIEL y PACK. Cancer and allied diseases in infancy and childhood J & A. Churchill Ltd. Londres. 1.969
9. BELTRAN BROWN, F. Cirugia Pediatrica. Eds. Medicas. Hospital Infantil. Mexico D.F. 1.969
10. BILL, A.H. Branchiogenic cysts and sinuses. BENSON Pediatric Surgery. Year Book Med.Publish.Chicago 1.962
11. BOCHETO, P.E. Papillary carcinoma of the thyroid in thyroglossal duct. Amer.J.Surg. 1.962. 104/5
12. BOHME, P.E. y JACOBS, H.C. Mediale Halszysten und Fisteln ein Beitrag zur grundsatzlichen Zugebeintresektion bei ihrer operation entfernung. Bruns.Beitr. Klin.Chir. 1.971. 218/7. (617-621)
13. BRADIC, I. Beitrag zur Klinik der cervico-mediastinalen Hygrome bei Kinder. Z. Kinderchir. 1.967. 4/1

14. BROOMHEAD, I.W. Cystic hygroma of the neck. Brit.J. Plast.Surg. 1.964. 17/3
15. BROWN, P.M. Thyroglossal duct cysts and sinuses. Results of radical Sistrunk operation. Amer.J.Surg. 1.962. 102/4
16. CALZOLARI, L. Cisti e fistole congenite di origine branchiale. Minerva Chir. 1.964. 19/7
17. COX, E.F. Excision of branchial sinus and fistula tracts using arterial intima strippers. S.O.G. 1.963. 117/6
18. COYTE, R. The lymphatic system. En "Surgery of childhood" J.J. Mason Brown Ed. Arnold Publish. Ltd. Londres. 1.962
19. CRYMBLE, B. Anomalies of the first branchial cleft. Brit.J.Surg. 1.964. 51/6
20. DARGEON, W.H. Tumors of childhood. Paul B. Hoeber Inc. Medical Division of Harper & Brothers. Nueva York 1.960
21. DE ARAUJO, N.S. y LOBO LEANDRO, L.F. Cisto do ducto tirogloso. Estudio clinico e histopatologico. Rev.Fac.Med.Univ. S.Paulo. 1.971. 9/2 (375-379)
22. DEMARZO, V. y VERALLI, E. Il carcinoma della tiroide nell'infanzia. Arch.Ital.Chir. 1.966. XCII/V
23. DISTEFANO VELONA, G. y colabs. Contributo casistico alla chirurgia del collo nel bambino. Riv.Chir.Ped. 1.973 15/1 (55-61)
24. DOLETSKI, S.Y. y ISAKOV, Y.F. Cirugia Infantil. Edit. Jims. Barcelona. 1.974
25. DOMINI, R. y PALAGIANO, V. Le fistole laterocervicales d'origine branchiale. Arch.Ital.Chir. 1.967. 93/6 (876-901)
26. DUHAMEL, B. Technique chirurgicale infantile. Masson et Cie. Paris. 1.957
27. ELLIS, H.A. Cervical thymic cysts. Brit.J.Surg. 1.967 54/1 (17-20)
28. EXELBY, P.E. y FRAZEL, E.L. Carcinoma of the thyroid in children. Surg.Clin.N.Amer. 1.969. 49/2 (249-259)
29. FARRIOR, R.T. Masses of the neck. Rocky Mountain Med. J. 1.967. 65/1. (55-59)
30. FARRIOR, R.T. Masses of the neck. Amer.Acad.Gen.Pract. 1.967. (83-89)
31. FEVRE, M. Chirurgie infantile et ortopedie. Ed. Flammarion. Paris, 1.967
32. FEVRE, M. y HUGUENIN, R. Malformations tumorales et tumeurs de l'enfant. Masson et Cie. Paris, 1.964

33. FISCHETTI, G. y colabs. Linfangioma cistico del collo. Riv.Chir.Ped. 1.973. 15/4 (327-332)
34. GOOTSCHALK, M. Zur aetiologie, Klinik und Therapie der Lymphangiome. Bruns.Beitr,Klin.Chir. 1.968. 216/8 (673-686)
35. GOTTLIEB, E. y LEWIN, M.L. Congenital midline cervical clefts of neck. N.Y.St.J.Med. 1.966, 66/6 (712-718)
36. GOZZETTI, G. y VID, A. Il cancro della tiroide nell' infanzia. Lattante 1.965, 36/11 (831-839)
37. GREMILOV, V.A. Cysts of the neck. Nov.Khir.Ark. 1.960, 228
38. GROB, M. Patologia quirurgica infantil. Edit. Cientifico Medica, Barcelona 1.957
39. GROSS, R.E. The surgery of the infancy and childhood. Saunders Co. Londres-Filadelfia. 1.953
40. GRUZDEV, N.A. The surgical treatment of the median cysts and fistulas of the neck. Stomatologiya 1.964, 4
41. GUERRIER, Y. y PAGES, A. Cancer du corps thyroide chez l'enfant. A propos des radio-cancers. 1.965, 11/4 (597-600)
42. HAHLBROCK, K.H. y SCHREINER, D. Operative Vorgehen bei medianen Halsfisteln und Zysten. Zbl.Chir. 1.965, 90/48
43. HARPER, P.V. y PALOYAN, D. Thyroid carcinoma associated with radiation therapy. Surg.Clin.N.Amer. 1.969, 49/1 (57-60)
44. HARNESS, J.K. y colabs. Childhood thyroid carcinoma. Arch.Surg. 1.971. 102/4 (278-284)
45. HECKER, W.CH. y colabs. Chirurgia nell'infanzia. Tipografia P.U.G. Roma
46. HAZEN, J. y colabs. Neoplasms following irradiation of the head. Cancer Res. 1.966, 26/21 (305-311)
47. HENZEL, J.H. y colabs. Etiology of lateral cervical cyst. Surg.Gynec.Obst. 1.967, 125/1 (87-94)
48. IIDA, S. y colabs. Thyroglossal cysts. Shinshu Med.J. 1.966, 14/3 (370-375)
49. IMDAHL, H. Zweitwahl, Radikalitat und Gefahren der extirpation des Zystischen Lymphangioma colli beim Saugling und Kleinkind. Z.Kinderchir. sup. 1966, 8/9
50. JASONNI, V. La terapia chirurgica del linfangioma del collo nell'infanzia (15 casi di osservazioni personale) Riv.Chir.Ped. 1.974, XVI/I (13-27)

51. JONEČKO, A. Eine mediane Malazyste mit Plattenepithel-nesteern und stellenweise atypischen schilddrusenge-were. Anat.Anz. 1.968, 123/5 (554-564)
52. JONES, P.G. y RAVITCH, M.M. Clinical Pediatric Surgery. Bristol, John Wright and Sons Ltd. 1.970
53. KARLAN, M.S. y colabs. Branchiogenic cysts, congenital or acquired. Amer.J.Surg. 1.965. 110/4
54. KATZ, A.D. y ZAGER, W.J. The lingual thyroid, its diagnosis and treatment. Arch.Surg. 1.971, 102/6 (582-585)
55. KIRSCHNER, P.A. Cervico-mediastinal cyst hygroma. One stage repair in a eighth-week-old infant. Surg. 1.966, 60 (1104-1107)
56. KOSTOVSKIL, V.A. Large lateral cervical cysts of branchial origen. Khirurgiya. 1.966, 3
57. LACOMME, Y. Fistules ey kystes congenitaux du cou. Oto-Rhino-Laryngologie. Encoclopedia Medico-Chirur-gica. 1.970, 1. Paris
58. LUI, A.H.F. y LITTLER (Jr) E.R. Thyroid carcinoma originating in thyroglossal cysts. Report of a case. Amer.Surg. 1.970, 36/9 (546-548)
59. LURE, T.M. The surgical treatment of congenital cervical fistulas and cysts. Khirurgiya, 1.961, 37/3
60. MACGREGOR, A.L. Congenital cervical cysts and fistulas. S.Afric.Med.J. 1.961, 35/25
61. MACKAY, R.M.I. Neck, development errors. Surgery of childhood. J.J. Mason Brwon. Ed. Arnold Pubilsh. Ltd. Londres. 1.962
62. MACPHAIL, N. Branchial clefts anomalies. A review of 87 cases treated at the Toronto General Hospital. Cand.Med.Ass.J. 1.966, 94/4
63. MARI MARTINEZ, M. Malformaciones congenitas. Edit. Alhambra. Madrid. 1.957
64. MATUK MORALES, A. y JACOME ROCA, A. Ectopia tiroidea asociada con ausencia de tiroides en su localizacion usual. Implicaciones tecnico-quirurgicas y su papel en la genesis del mixedema. Univ.Med.(Bogotá). 1.970, 12/2, (120-126)
65. MAYER, M. Anomalies in infancy and children. McGraw-Hill Book Co. Inc. Nueva York-Toronto-Londres, 1.958
66. MONTE PURCELLI, F. First branchial clefts anomalies. The Amer.Surg. 1.967, 33/10 (785-790)

67. MONTINARI, M. Considerazioni su venti casi di igroma cistico del collo nell'infanzia. Riv.Chir.Ped. 1.974, XIV/I, (28-36)
68. MORALES FOCH, L. Malformaciones de la línea media del cuello. Riv.Chir.Ped. 1.973, 15/1 (11-18)
69. MORENO GONZALEZ, E. Fistulas cervicales laterales. Desarrollo y tratamiento quirurgico. Hosp.Gener. 1.970, sept/oct. (559-574)
70. MOTA SALAZAR, A. y TRAJO PADILLA, E. Fistulas y quistes branquiales. Analisis de 51 casos. Arch.Venez. Pueric. 1.970, 32/2 (171-178)
71. MOYSON, F. y PODEVAIN, A. Tumeurs et fistules du canal thyroglosse. Act.Ped.Belg. 1.969, 23/4 (189-201)
72. MULLER, T. Lymphangioma in Kindersalter und ihre Therapie. Zbl.Chir. 1.967, 92/95 (306-315)
73. NIHO, M. y colabs. Two cases of big ranulas. J.Otolaryng. Jap. 1.972, 75/6, 1
74. NOONE, R.B. y BROWN, H.J. Cystic hygroma of the parotid gland. Amer.J.Surg. 1.970, 120/3, (404-407)
75. OMBREDANNE, L. Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. Masson et Cie. Paris. 1.949
76. PARODI HUECK, L.E. y KOOP, C.E. Subhyoid midline ectopic thyroid tissue in the Absence of normal thyroid gland. J.Ped.Surg. 1.968, 3/6 (710-714)
77. PASQUI, U. Cisti e fistole congeniti del collo. G.Ital. Chir. 1.967, 23/1
78. PESKOVA, H. Vrozené cystické útvary na krku. Rozhl. Chir. 1.966. 45/1
79. POLLOK, W.F. Cysts and sinuses of the thyroglossal duct. Amer.J.Surg. 1.966, 112/2 (225-232)
80. POWELL (Jr), L.W. y colabs. Thyroglossal duct carcinoma. Arch.Otolaryng. 1.965, 82/2 (189-190)
81. RANDALL, P. First branchial cleft anomalies. A not so rare and a potentially dangerous condition. Plast. Reconst.Surg. 1.963. 31/6
82. RAVITCH, M.M. Cystic hygromas. En Benson Pediatric Surgery. Tear Book Med.Publish. Chicago 1.962
83. RICKHAM, P.P. y JOHNSTON, J.H. Neo-Natal Surgery Butterworths. Londres 1.966
84. ROCCHI, V. y FANI, C. I linfangiomi della testa e del collo nella esperienza di un reparto de chirurgia generale. Progr.Med.(Napoles) 1.965, 21/2 (29-41)

85. ROJO CONCEPCION, M y colabs. Carcinoma de tiroides en niños. Rev. Cub. Ped. 1.965, 37/4 (468-476)
86. ROSEDALE, L.S. Neck teratomas. Arch. Otolaryng. 1.965 82 (535-543)
87. ROSEN, T.B. y WALFISH, P.G. The sub-hyoid median thyroid. Canad. Med. Ass. J. 1.967, 96/9 (544-549)
88. SADINSKI, C. y SWITALSKI, W. Surgical treatment of the cervical cysts and fistula colli congenita. Pol. Przegl. Chir. 1.970, 42/7 (1083-1086)
89. SAGNOTE. La chirurgia del collo in tri anni di attività d'ella divisione di chirurgia pediatrica degli Ospedale Rimiti di Roma. Riv. Chir. Ped. 1.973, 15/1
90. SAMARCO, G.J. y MACKENNA, J. Thyroglossal duct cysts in the elderly. Geriatrics, 1970, 25/8 (98-101)
91. SHAW, A. Cysts and sinuses of the first branchial cleft and pouch. Surg. Gynec. Obst. 1.962, 115/6
92. SHEPARD, G.H. y ROSENFELD, L. Carcinoma of the thyroglossal duct remnant. Review of the literature and addition of two cases. Amer. J. Surg. 1.968, 116/1 (125-129)
93. SNEDECOR, P.A. y GROSHONG, C. Carcinoma on the thyroglossal duct. Surg. 1.965, 58/6 (969-978)
94. SOBIESKI, E.J. Branchiogenic cysts within the parotid gland. Arch. Otolaryng. 1.965, 82/4
95. STAJNER, A. Hygroma vrata. Act. Chir. Iugosl. 1.963, 10/3
96. STANLEY, D.G. y ROBINSON, F.W. Thyroglossal cysts. Amer. J. Surg. 1.970. 36/9 (581-582)
97. STRAFFON OSORNO, A. Manuel de Cirugia Infantil. Ed. Interamericana S.A. Mexico, D.F.
98. STRICKLAN, A.L. y colabs. Ectopic thyroid glands simulating thyroglossal ducts cysts. Hypothyroidism following surgical excision. J.A.M.A. 1.969. 208/2, (307-310)
99. SUMANOVAC, Z. Anomalies congenitales laterales des arcs Branchiaux. Lyon Chir. 1.958, 54/4
100. SWENSON, O. Pediatric Surgery. Appleton Century Crofts. Nueva York 1.958
101. SYCHOV, G.G. Median Cysts and fistulas of the neck and their surgical treatment. Nov. Khir. Arkh. 1.960. 228
102. TAKAHASHI, H. y colabs. Congenital cysts in the head and neck. Otolaryng. 1.972. 44/6 (389-400)

103. TANAKA, K. Cancer arising in thyroglossal duct remnant. Arch.Surg. 1.963, 86/3
104. TESKEREDZIC, D. Náša iskustva u terapija kongenitalnih vratnih fistula. Med.Arkh.(Sarajevo) 1.964, 18/4
105. WEITZNER, S. Branchial cysts of oropharynx. Report of a case. Oral Surg. 1.970, 30/5 (607-610)
106. WILLIS, R.A. The pathology of the tumors of children. Oliver & Boyd Ltd. Edimburgo-Londres, 1.962
107. WOODRING, A.J. Cervical cystic hygroma. A review of the literature and report of one unusual case. Ann.Otol. (St. Louis) 1.968, 77/5 (978-983)
108. ZAFFARONI, G. y BALDI, U. Considerazioni su di un teratoma congenito del collo di notevoli dimensioni. Arch.Ital.Chir. XCI/IV (440-452)

-----oooOoo-----

INDICE

新共社三三三三三三三三三三

Introduccion	.	.	.	.	.	1
Material y Metodos	.	.	.	.	.	6
Casuistica	.	.	.	.	.	9
Embriologia	.	.	.	.	.	86
Quistes Dermoides y Epidermoides						87
Quistes y Fistulas Tiroglosas						87
Lengua	.	.	.	.	.	88
Tiroides	.	.	.	.	.	88
Esqueleto anterior del cue-						
llo.						92
Linea media cervical						92
Quistes y Fistulas Branquiales	.					93
Linfangiomias o Higromas quisticos						110
Clinica	.	.	.	.	.	115
Quistes Dermoides y Epidermoides						115
Quistes y Fistulas Tiroglosos						117
Edad	.	.	.	.	.	117
Sexo	.	.	.	.	.	120
Situacion.	.	.	.	.	.	120
Consistencia, Forma y Tama-						
ño	.	.	.	.	.	123
Movilidad	.	.	.	.	.	124

Compresion	125
Transiluminacion	125
Sabor de boca	126
Infeccion	126
Fistula Tiroglosa	129
Origen	129
Localizacion	130
Orificio cutaneo y Trayecto	130
Fluido	131
Palpacion	131
Otras exploraciones	131
Quistes y Fistulas Branquiales	132
Antecedentes	132
Edad y Frecuencia	132
Sexo	134
Localizacion	134
Forma, Tamaño y Caracteres	136
Movilidad	140
Infeccion	141
Síntomas Reflejos	144
Exploraciones	144
Linfangiomas o Higromas	146
Sexo	147
Localizacion	147
Forma	154
Tamaño	154
Piel	156
Palpacion.	156
Compresion	158
Infeccion	161
Concepto Clínico General.	163
Exploraciones	
Radiológicas	165
Transiluminacion	166
Anatomia Patologica	169
Quistes Dermoides y Epidermoides	169
Quistes y Fistulas Tiroglosos	173
Quistes y Fistulas Branquiales	184
Linfangiomas o Higromas	192
Diagnostico Diferencial	200
Dermoides y Epidermoides	200
Quistes y Fistulas Tiroglosos	201

Adenitis sub-mental . . .	202
Lesiones Tuberculosas . . .	203
Vestigios Branquigenicos . . .	203
Lipomas	204
Quistes o Tumores tiroideos o paratiroides . . .	204
Hemangiomas	204
Hendidura media cervical . . .	205
Quistes y Fistulas Branquiales . . .	205
Adenitis Piogena	206
Adenitis Tuberculosa	206
Linfomas	207
Linfangiomas	207
Lipomas	208
Neurinomas	209
Linfangiomas o Higromas	209
Lipomas	210
Hemangiomas	210
Encefalocele	211
Teratoma Cervical	212
Tumoracion de cuello y tiroides . . .	213
Tratamiento	217
Quistes Dermoides y Epidermoides . . .	217
Quistes y Fistulas tiroglosos . . .	217
Fistulizacion	218
Razon cosmetica	218
Malignizacion	218
Infeccion	219
Agentes Esclerosantes	221
Radioterapia	222
Anestesia	223
Posicion	226
Tecnica Operatoria	226
Complicaciones	237
Quistes y Fistulas Branquiales . . .	241
Infeccion	242
Agentes Esclerosantes.	243
Tecnica Quirurgica	244
Incision	244
Disecccion y Extirpacion de la Fistula	245
Disecccion y Extirpacion del Quiste	249

Resultados	253
Tratamiento de Urgencia	254
Linfangiomas o Higromas Quísticos	254
Tratamiento Expectante	254
Agentes Esclerosantes	256
Radioterapia	258
Punción e Incisión	259
Tratamiento Quirúrgico	260
Operación en dos tiempos	262
Pre-Operatorio	263
Anestesia	264
Posición	264
Incisión	264
Proceder Operatorio	267
Nervio facial	275
Nervio Hipogloso Mayor	276
Nervio accesorio espinal	276
Resultados	281
Recidivas	283
Conclusiones Finales	285
Edad	286
Sexo	286
Primer Síntoma	287
Localización	288
Tamaño y Forma	289
Infección	291
Formas Anatómo-Clinicas	291
Diagnóstico Clínico	294
Diagnóstico Operatorio	296
Diagnóstico Anatómo-Patológico	298
Tratamiento y Resultados	299
Bibliografía	301